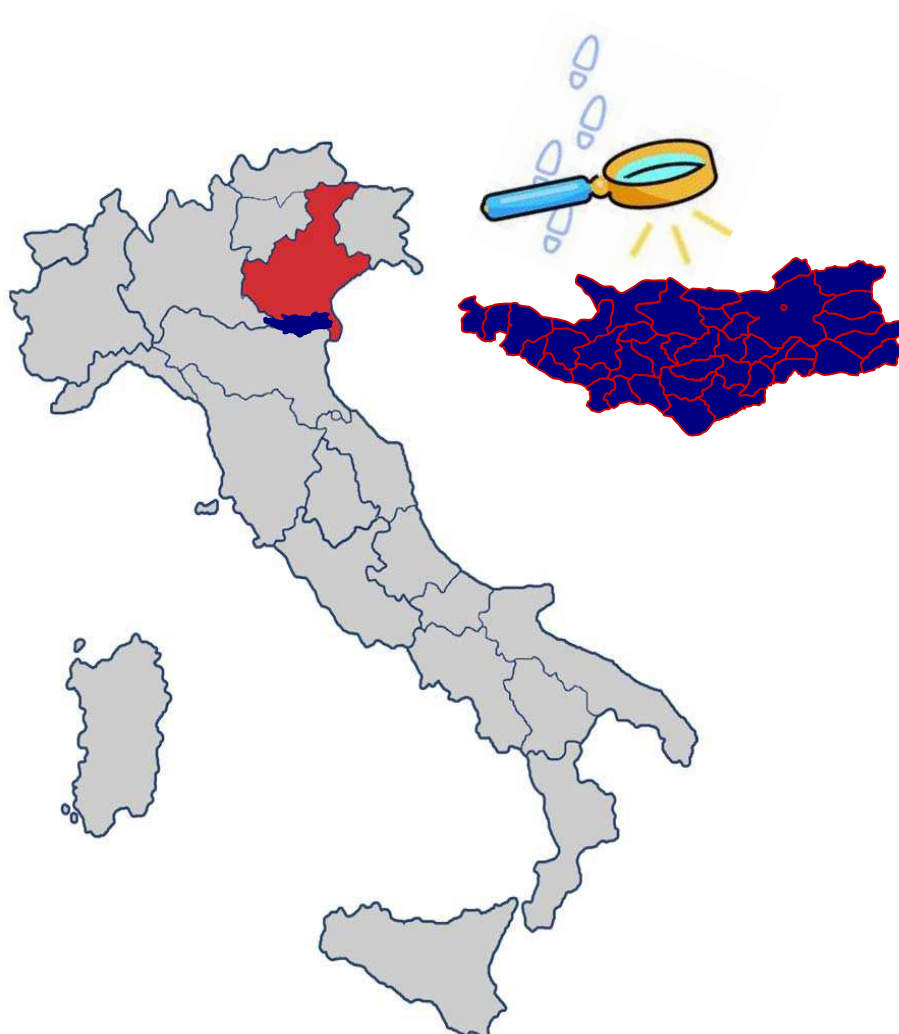


Sistema di Sorveglianza PASSI ***Rapporto dell'Azienda ULSS 18*** ***Anni 2010-2013***



Rapporto elaborato da

Dr.ssa Patrizia Casale

Coordinatore aziendale PASSI, responsabile UOS Osservatorio Epidemiologico e di Epidemiologia Valutativa, Dipartimento di Prevenzione

in collaborazione con

Dr.ssa Maria Chiara Pavarin

Referente dell'area "Promozione della Salute", UOC Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Prevenzione

con il prezioso contributo degli operatori sanitari che hanno effettuato le interviste

- 📧 **Claudia Cavalieri**
- 📧 **Giliola Rando**
- 📧 **Sebastiana Giliberto**
- 📧 **Fabrizia Chioldin**

*Un grazie in particolare a tutte le persone intervistate
che hanno generosamente dedicato tempo ed attenzione
per la raccolta delle informazioni*

*Si ringraziano, inoltre, per la collaborazione
i Medici di Medicina Generale ed i Sindaci dei Comuni
dell'Azienda ULSS 18*

Per approfondimenti sui temi indagati, procedure e metodi, pubblicazioni nazionali, regionali e di ASL, network, aggiornamenti e altro consultare il sito www.epicentro.iss.it/passi

INDICE

Prefazione	4
Descrizione del campione dell'Azienda ULSS 18	7
Guadagnare salute	13
<i>Attività fisica</i>	14
<i>Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura</i>	23
<i>Consumo di alcol - Alcol e guida</i>	36
<i>Abitudine al fumo - Fumo passivo</i>	47
<i>Indicatori per l'azione</i>	59
Rischio cardiovascolare	60
<i>Iperensione arteriosa</i>	62
<i>Ipercolesterolemia</i>	65
<i>Carta e punteggi del rischio cardiovascolare</i>	68
Benessere	
<i>Percezione dello stato di salute</i>	71
<i>Sintomi di depressione</i>	74
Sicurezza	
<i>Sicurezza in casa</i>	78
<i>Sicurezza sulla strada</i>	82
Programmi di prevenzione: screening oncologici	86
<i>Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero</i>	86
<i>Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella</i>	90
<i>Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto</i>	95

Prefazione

In tutto il mondo le *Malattie Croniche Non Trasmissibili* (MCNT) causano la parte preponderante di decessi, morti premature e disabilità, colpendo soprattutto i Paesi a basso e medio reddito e, all'interno di ogni Paese, le persone in posizione di disagio sotto il profilo socio-economico (vedi Tabella 1).

Oltre ad avere un alto tasso di mortalità, le malattie croniche non trasmissibili possono essere particolarmente invalidanti, generando, come conseguenza, gran parte del carico di lavoro e dei costi dei servizi sanitari e mettendo a rischio la sostenibilità dei sistemi sanitari universalistici come quello italiano.

Per esprimere quantitativamente l'impatto di una malattia sulla salute si utilizza una particolare unità di misura "anni di vita persi a causa della disabilità" (DALY, Disability Adjusted Life Year) che sono la somma degli anni di vita persi a causa di una morte prematura e di quelli vissuti in malattia invece che in salute.

Più della metà delle MCNT è attribuibile a 4 fattori di rischio comportamentali modificabili:

1. la dieta (tra cui lo scarso consumo di frutta e verdura),
2. il fumo,
3. l'inattività fisica,
4. il consumo "a maggior rischio" di alcol,

ed alle seguenti condizioni (fattori di rischio intermedi) spesso correlate a tali comportamenti:

5. ipertensione,
6. ipercolesterolemia,
7. obesità.

Da ciò deriva che intervenendo su tali fattori possono essere ridotte la mortalità prematura e la disabilità con conseguente aumento degli anni di vita e della loro qualità.

Tabella 1

Cause delle malattie croniche



Fonte: Oms

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'Europa presenta il più alto carico di malattie croniche non trasmissibili a livello mondiale: due gruppi di malattie, le patologie cardiovascolari e i tumori, causano infatti quasi il 75% della mortalità; queste ultime, inoltre, associate alle malattie mentali, determinano più della metà del carico di malattia misurato in DALY's (anni di vita vissuti in condizioni di disabilità o persi a causa di una malattia).

Molti decessi precoci sono, però, evitabili in quanto si stima che almeno 8 su 10 casi di malattie cardiovascolari, ictus e diabete tipo 2 e più di 1 su 3 casi di tumore siano prevenibili modificando l'esposizione ai fattori di rischio sopracitati.

La lotta alle malattie croniche rappresenta, quindi, una priorità di salute pubblica, da cui la necessità di investire nella prevenzione e nel controllo di queste malattie, da una parte riducendo i fattori di rischio a livello individuale, dall'altra agendo in maniera intersettoriale e integrata per rimuoverne le cause.

L'OMS ha, quindi, elaborato un Piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle MCNT per il periodo 2013-2020 che fornisce a tutti gli Stati Membri e agli altri stakeholder una roadmap e una serie di opzioni di policy, allo scopo di intraprendere azioni coordinate e coerenti per il raggiungimento di 9 obiettivi di salute, incluso quello della riduzione del 25% della mortalità precoce dovuta a malattie cardiovascolari, tumori, diabete o malattie respiratorie croniche entro il 2025.

In Italia, l'obiettivo prioritario dell'OMS di ridurre il carico di malattie croniche è declinato nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 e nella strategia di **"Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari"**, un programma governativo intersettoriale approvato con DPCM 04.05.2007 ed attualmente in vigore. Le strategie delineate nel Piano Nazionale della Prevenzione e fatte proprie dai Piani Regionali della Prevenzione vengono poi adattate alle realtà locali dalle singole Aziende Sanitarie, con specifici programmi.

Il primo macro-obiettivo del PNP 2014-2018 è la riduzione del "carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili". Al raggiungimento di tale obiettivo contribuiscono anche i programmi finalizzati alla riduzione degli incidenti domestici, stradali e lavorativi, e delle malattie professionali nonché la promozione dell'invecchiamento attivo (compresa la prevenzione delle demenze).

Nel modello di governance promosso con i PNP, sia 2010-2013 che 2014-2018, la sorveglianza sanitaria è fonte fondamentale di informazioni che servono a supportare la programmazione, l'implementazione, il monitoraggio e la valutazione degli interventi.

Le sorveglianze sono, dunque, fondamentali per identificare le esigenze di salute della popolazione e le priorità sulle quali è necessario intervenire e su cui modulare i messaggi da veicolare per rendere facile al cittadino la scelta di stili di vita sani a partire dalla realizzazione di un ambiente che non li ostacolino ma che, anzi, li favorisca.

Proprio in questo ambito, ruolo importantissimo assumono quei sistemi di sorveglianza che sono in grado di misurare sia l'esposizione ai fattori di rischio, sia l'efficacia delle misure preventive messe in atto dalle singole Aziende Sanitarie, cercando di analizzare, contemporaneamente, gli aspetti relativi alle disuguaglianze sociali che hanno molta influenza sulla salute.

In Italia e in Veneto sono attivi i seguenti sistemi di sorveglianza sugli stili di vita della popolazione per le diverse fasce di età:



OKkio alla salute (8-9 anni)



Health Behaviour School-aged Children-HBSC (11-13-15 anni)



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (18-69 anni)



PASSI d'Argento (oltre i 65 anni, in fase sperimentale)

In particolare *PASSI*, al quale collaborano tutte le Regioni e le Province Autonome tramite le Aziende ULSS, ha come obiettivo quello di stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, e la diffusione delle misure di prevenzione.

Il sistema rileva informazioni riguardanti:

- comportamenti che costituiscono un rischio per la salute: fumare, essere sedentari, seguire una dieta povera di frutta e verdura, consumare alcol, ecc.,
- comportamenti preventivi, quali ad esempio l'adesione agli screening per la diagnosi precoce dei tumori, ma anche l'adozione di misure di sicurezza alla guida o in ambienti di vita e lavoro,
- condizioni quali ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia o diabete, che rappresentano fattori di rischio cardiovascolare e sono fortemente correlati ai comportamenti indagati,
- esistenza di malattie acute o croniche, ad esempio aver avuto un infarto del miocardio o un accidente cerebrovascolare,
- caratteristiche socio-demografici, che rappresentano altrettanti determinanti di salute, come l'età, il sesso, il titolo di studio, la cittadinanza, la condizione economica e lavorativa,
- atteggiamenti e percezioni, come ad esempio quelli relativi allo stato di benessere fisico e psicologico.

Personale delle ULSS, specificamente formato, effettua attualmente circa 25 interviste telefoniche al mese; i nominativi delle persone da intervistare, tra 18 e 69 anni, sono estratti in modo casuale dall'anagrafe sanitaria. Tali persone vengono preventivamente avvisate, così come i loro Medici di Medicina Generale, tramite una lettera personale informativa spedita dall'ASL di appartenenza.

Viene, quindi, somministrato un questionario standardizzato e i dati delle interviste, raccolti rispettando le normative sulla privacy, vengono inviati, in maniera anonima, all'Istituto Superiore di Sanità-Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, che restituisce le informazioni ai Coordinatori aziendali. Dato che il campione selezionato è rappresentativo della popolazione residente da un punto di vista statistico, gli stessi coordinatori stendono rapporti e/o schede tematiche specifiche per argomento, per la propria Azienda Sanitaria.

Tutti gli elaborati prodotti dalle ULSS, dalle Regioni e a livello nazionale sono pubblicati sul sito dell'ISS www.epicentro.iss.it.

Descrizione del campione dell'Azienda ULSS 18

Nel periodo 2010-2013, la popolazione in studio di residenti nell'ULSS 18 di Rovigo era costituita da una media annuale di circa 175.300 persone, di cui circa 120.200 nella fascia di età 18-69 anni.

Nel periodo sono state intervistate 1.107 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate dall'anagrafe sanitaria con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età.

La distribuzione per sesso e classe di età del campione, confrontata con la popolazione residente nella stessa ULSS, è risultata molto simile, garantendo una buona rappresentatività del campione.

Indicatori di monitoraggio

Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati nella media dei 4 anni, il tasso di risposta¹ è risultato del 90% vs l'87% del Pool di ASL nazionale, il tasso di sostituzione² dell'10% vs 13% e il tasso di rifiuto³ del 6% vs 9%; il 4% delle persone campionate sono risultate "non eleggibili"⁴ vs il 5%.

Rapporto nazionale PASSI - Pool PASSI anni 2010-2013

Descrizione del campione

La popolazione in studio è costituita da oltre 40 milioni di residenti, tra i 18 e i 69 anni, iscritti al 31 dicembre 2013 nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 136 ASL (su 147 totali) delle 21 Regioni e P.A. di Trento e Bolzano partecipanti e corrisponde al 93% delle ASL italiane e al 90% della popolazione totale di 18-69 anni. Da gennaio 2010 a dicembre 2013, sono state intervistate oltre 151 mila persone, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classe di età dalle anagrafi sanitarie di ASL o di Regione.

Quali sono le caratteristiche socio-demografiche degli intervistati dell'ULSS 18?

L'età e il sesso

Nel quadriennio 2010-2013, il campione di 1.107 persone intervistate nell'ULSS 18 è composto, in maniera sovrapponibile, da donne (50,1%) e uomini (49,9%).

Il campione è, inoltre, costituito per:

- il 25,4% da persone di 18-34 anni,
- il 34,0% da persone di 35-49 anni,
- il 40,7% da persone di 50-69 anni.

L'età media complessiva è di 45,5 anni, 45,1 negli uomini e 45,8 nelle donne.

La distribuzione per sesso e classi di età del campione risulta sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

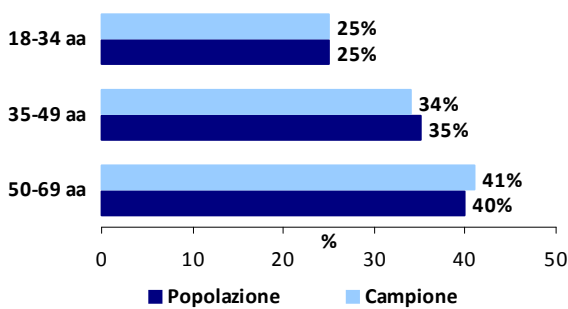
¹ Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

² Tasso di sostituzione = (rifiuti + non reperibili)/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

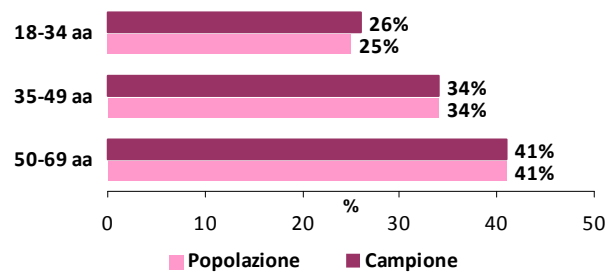
³ Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

⁴ "Non eleggibile" = persona inserita nel diario dell'intervistatore ma poi esclusa dal campione per i motivi previsti dal protocollo (residente altrove, senza telefono, istituzionalizzato, deceduto, non conoscenza lingua italiana, grave disabilità, con età minore di 18 oppure maggiore di 69 anni)

Distribuzione del campione e della popolazione generale per classi di età negli UOMINI
 ULSS 18 - Anni 2010-13 (n=552)



Distribuzione del campione e della popolazione generale per classi di età nelle DONNE
 ULSS 18 - Anni 2010-13 (n=555)



Il titolo di studio

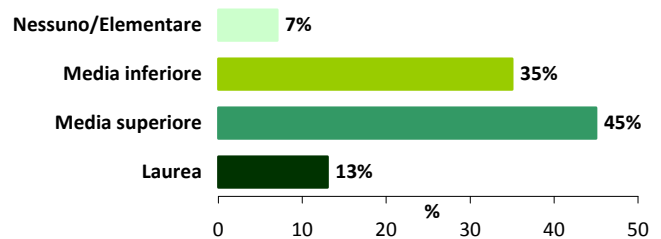
Nel territorio dell'A.ULSS 18, il 7,2% del campione non possiede alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 34,6% la licenza media inferiore, il 45,2% la licenza media superiore e il 12,9% è laureato o ha un diploma universitario.

L'8,9% delle donne non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare ma il 14,3% ha la laurea o un diploma universitario, verso il 5,5% degli uomini che non possiede alcun titolo o ha la licenza elementare e l'11,7% con laurea/diploma universitario.

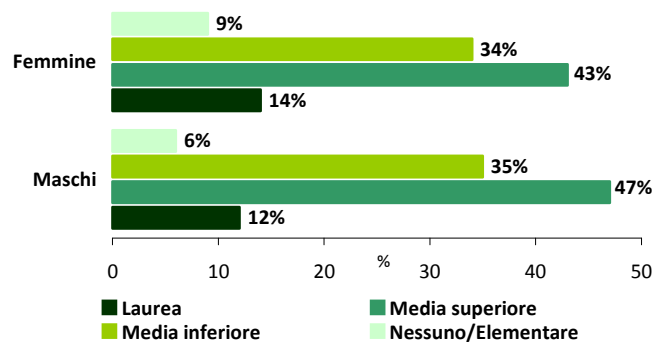
Complessivamente il grado di istruzione basso (nessuno/elementare e scuola media inferiore) e alto (scuola media superiore e laurea) raggiungono percentuali simili nei due sessi (basso: 41% negli uomini e 43% nelle donne; alto 59% e 57% rispettivamente).

L'istruzione è fortemente età-dipendente: le classi di età 50-69 anni mostrano un livello di istruzione molto inferiore rispetto ai più giovani (il 60% vs il 22% dei 18-34 aa e il 37% dei 35-49 aa).

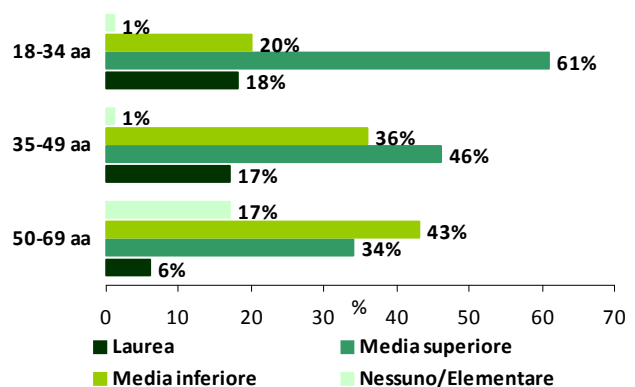
Titolo di studio
 ULSS 18 – Anni 2010-13



Titolo di studio per genere
 ULSS 18 – Anni 2010-13



Titolo di studio per classi di età
 ULSS 18 - Anni 2010-13



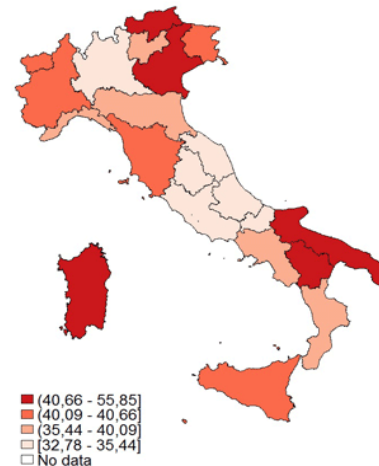
Regione Veneto e Pool ASL PASSI

In **Veneto** il 9% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 33% ha la licenza media inferiore, il 44% la licenza media superiore e il 13% è laureato.

Nel **Pool di ASL** il 9% degli intervistati non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 30% ha la licenza media inferiore, il 46% la licenza media superiore e il 15% è laureato.

La bassa scolarità (nessun titolo/licenza elementare/licenza media inferiore) mostra una distribuzione regionale con una certa variabilità della prevalenza tra le Regioni e riflette anche le differenze nelle distribuzioni per età delle popolazioni di riferimento.

Scolarità bassa Pool ASL PASSI 2010-13



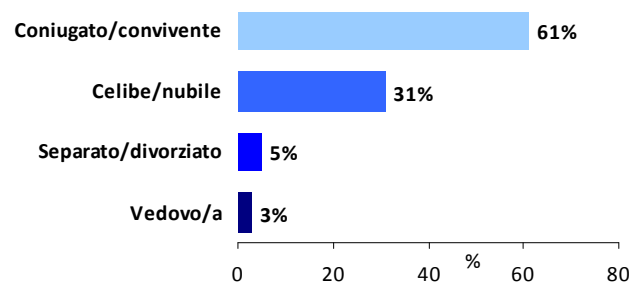
Lo stato civile

Nel territorio dell'A.ULSS 18 il 61,2% del campione è rappresentato dai coniugati/conviventi, il 30,9% da celibi/nubili, il 5,0% da separati/divorziati ed il 2,9% da vedovi/vedove.

Regione Veneto e Pool ASL PASSI

A **livello regionale**, queste percentuali sono rispettivamente del 60%, 33%, il 5% e 2%, mentre nel **Pool ASL** partecipanti a livello nazionale risultano il 60%, 33%, 5% e 3%.

Stato civile ULSS 18 - Anni 2010-13



La cittadinanza

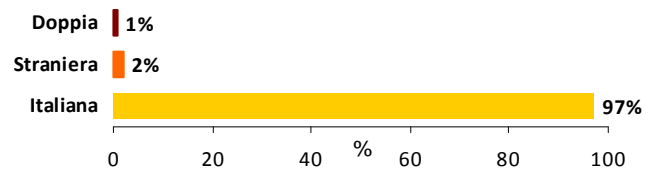
Il protocollo del Sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano.

PASSI pertanto fornisce informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro Paese.

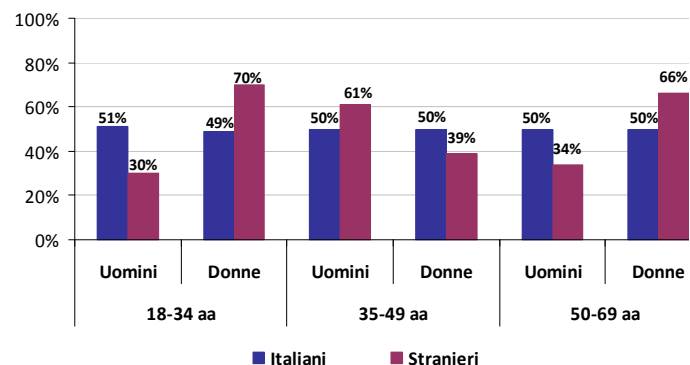
Nel campione intervistato nel territorio dell'A.ULSS 18 il 3% degli intervistati ha cittadinanza straniera e doppia.

Gli stranieri sono più rappresentati: il sesso femminile nelle classi di età 18-34 e 50-69 anni, quello maschile nella fascia 35-49 anni.

Cittadinanza ULSS 18 - Anni 2010-13



Intervistati per sesso e classi di età ULSS 18 - Anni 2010-13



Regione Veneto e Pool ASL PASSI

In **Regione Veneto** il 6% degli intervistati è costituito da stranieri, mentre nel **Pool di ASL** partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, gli stranieri sono il 3% degli intervistati, in particolare delle classi di età più giovani e di sesso femminile.

Si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud: la percentuale di stranieri supera il 7% in alcune Regioni del Centro-Nord, mentre è nettamente inferiore al Sud e nelle Isole.



La situazione lavorativa

Nel territorio dell'A.ULSS 18, il 62,3% degli intervistati nella fascia d'età 18-65 anni riferisce di lavorare regolarmente, il restante 37,7% di non lavorare.

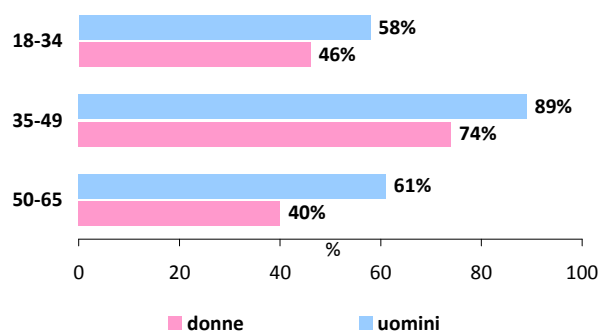
Le donne sono risultate meno "occupate" rispetto agli uomini (53,9% contro 70,6%).

Gli intervistati della classe di età 35-49 anni riferiscono in maggior percentuale di lavorare con regolarità (81,6% contro il 51,6% dei 18-34enni e il 50,0% dei 50-65enni), le percentuali maggiori si riscontrano sempre nel sesso maschile.

Dalla distribuzione per anno delle condizioni lavorative riferite dagli intervistati, si nota un aumento della prevalenza di chi riferisce di non lavorare o di avere un lavoro non continuativo e una diminuzione di chi riferisce di lavorare in modo continuativo.

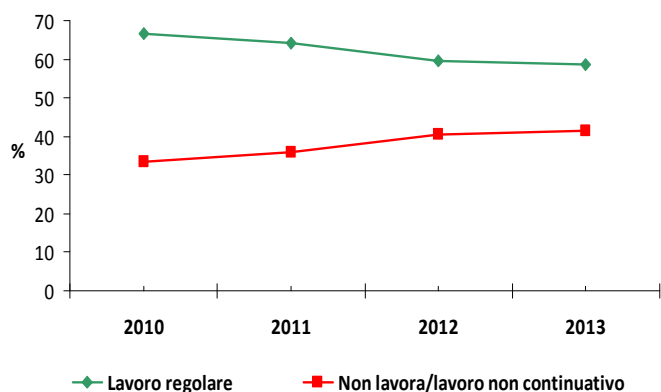
Lavoratori regolari per sesso e classi di età

ULSS 18 - Anni 2010-13



Distribuzione per anno della situazione lavorativa

ULSS 18 - Anni 2010-13



Regione Veneto e Pool ASL PASSI

A **livello regionale**, nella fascia 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente il 66% degli intervistati.

A **livello nazionale**, nella fascia di età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente il 58% del campione di intervistati, l'8% di lavorare in modo non continuativo e il restante 34% di non lavorare. Il lavoro continuativo è più frequente nella fascia di età 35-49 anni, sia per gli uomini che per le donne. Complessivamente la quota di persone con lavoro continuativo è minore fra le donne (48%) che fra gli uomini (67%). Anche per il lavoro continuativo si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud, che evidenzia prevalenze di lavoro continuativo più elevate nelle Regioni settentrionali.

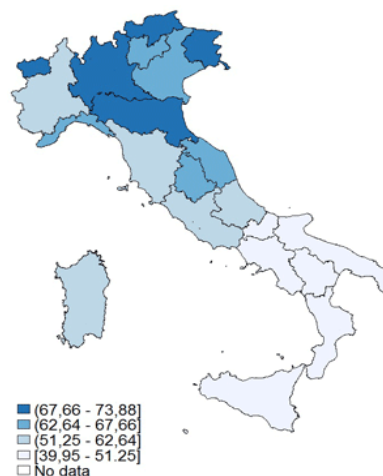
Le condizioni economiche

Nel territorio dell'A.ULSS 18, il 45,1% del campione riferisce di non avere alcuna difficoltà economica, il 43,5% di avere qualche difficoltà e l'11,3% molte difficoltà economiche ad arrivare a fine mese con le proprie risorse finanziarie.

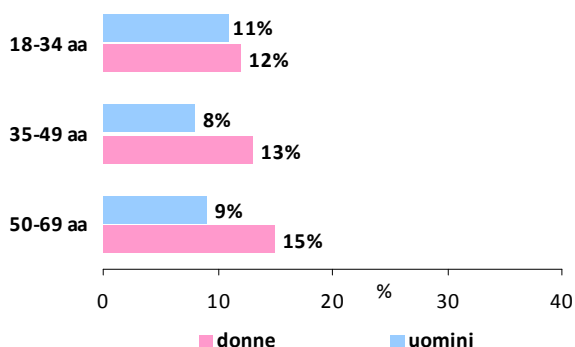
Complessivamente le donne dichiarano di avere maggiori difficoltà economiche rispetto agli uomini (13% contro 9%), in particolare nella classe di età 50-69 anni.

Dalla distribuzione per anno delle condizioni economiche riferite dagli intervistati si nota un aumento della prevalenza di chi riferisce di avere qualche e molte difficoltà economiche ed una concomitante diminuzione di chi dichiara di non avere alcuna difficoltà economica.

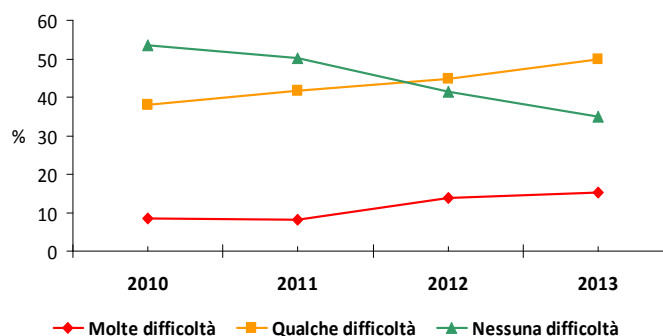
Lavoratori regolari Pool ASL PASSI 2010-13



Intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche, per sesso e classi di età ULSS 18 - Anni 2010-13



Distribuzione per anno delle condizioni economiche ULSS 18 - Anni 2010-13



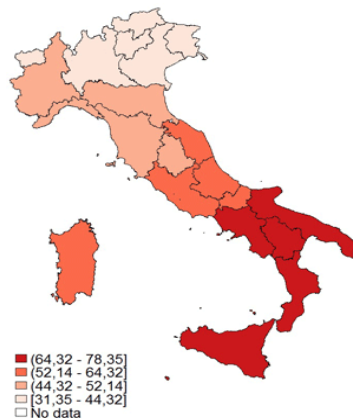
Regione Veneto e Pool ASL PASSI

In **Veneto** il 56% del campione intervistato ha riferito di non avere alcuna difficoltà economica, il 36% qualche difficoltà, ed il 9% molte difficoltà economiche.

Nel **Pool di ASL** il 43% del campione ha riferito di non avere alcuna difficoltà economica, il 42% qualche difficoltà ed il 15% molte difficoltà economiche.

La frequenza di persone che dichiarano di avere molte difficoltà economiche aumenta con l'età e il chiaro gradiente Nord-Sud indica quote maggiori di persone in difficoltà economica nelle Regioni meridionali.

Intervistati che riferiscono qualche/molte difficoltà economiche
Pool ASL PASSI 2010-13



Conclusioni

L'elevato tasso di risposta e le basse percentuali di sostituzione e di rifiuti indicano la buona qualità complessiva del Sistema di Sorveglianza PASSI, anche a livello aziendale, correlata sia al forte impegno e all'elevata professionalità degli intervistatori sia alla buona partecipazione della popolazione, che complessivamente ha mostrato interesse e gradimento per la rilevazione.

Il confronto del campione con la popolazione del territorio dell'A.ULSS 18 indica una buona rappresentatività della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione aziendale.

I dati socio-anagrafici, oltre a confermare la validità del campionamento effettuato, sono indispensabili all'analisi e all'interpretazione delle informazioni fornite nelle altre sezioni indagate.

Recenti cambiamenti nelle condizioni socio-economiche e lavorative

(tratto e modificato dal Rapporto Nazionale PASSI)

L'Italia, insieme ad altri Paesi occidentali, sta attraversando la crisi economica più grave dal dopoguerra ad oggi. La crisi minaccia di compromettere tutte le dimensioni del benessere di una popolazione, di cui la salute è quella giudicata più importante.

È possibile, con i dati raccolti dal questionario del Sistema PASSI, monitorare gli indicatori più correlati alla crisi: le difficoltà economiche percepite ed il lavoro.

- Relativamente alle difficoltà economiche, a livello di Pool di ASL nel periodo 2008-2013, diminuisce in modo significativo la quota di coloro che dichiarano nessuna difficoltà economica (dal 44 al 39%) e aumenta la quota di coloro che dichiarano qualche difficoltà (dal 42 al 43%) o molte difficoltà (dal 14 al 18%)

Anche a livello di Azienda ULSS 18 si osservano questi mutamenti che risultano più importanti rispetto al Pool di ASL nazionale; infatti la prevalenza di chi dichiara di non avere alcuna difficoltà economica cala dal 54 al 36% (-18%), del 12% aumenta di chi riferisce qualche difficoltà (dal 38 al 50%) e quasi raddoppia la prevalenza di chi riferisce molte difficoltà, passando dall'8 al 15%.

- Per quanto riguarda il lavoro, nel periodo 2008-2013, a livello nazionale diminuisce in modo significativo la quota di chi dichiara di lavorare in modo continuativo (dal 61 al 52%), aumenta quella di chi dichiara di non lavorare (dal 33% al 39%) e di chi dichiara di lavorare in modo non continuativo (dal 6% all' 8%).

Anche a livello di Azienda ULSS 18 si nota una diminuzione della percentuale delle persone intervistate che lavorano in modo continuativo (dal 67 al 59%) e un aumento di quelle che non lavorano o hanno un lavoro non continuativo (dal 33 al 41%).

I temi di Guadagnare Salute: attività fisica, alimentazione, alcol, fumo

Gli obiettivi del PNP sono per lo più già inseriti nella strategia generale del programma nazionale **“Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari”** approvato con DPCM 4.5.2007 (G.U. 117/2007) e nel Piano Nazionale della Prevenzione.

“Guadagnare salute” rientra nella cornice della strategia europea “Gaining in health” (Guadagnare in salute), promossa dall’OMS nel 2006, per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche, e “Action Plan 2008-2013” riguardante le malattie non trasmissibili che definisce gli obiettivi e le azioni da attuare nell’arco di 6 anni, fissando indicatori guida per il lavoro dell’OMS, con particolare attenzione verso i Paesi a basso e medio reddito.

Il programma “Guadagnare Salute” del Ministero della Salute è un intervento “multicomponenti” che coinvolge diversi Ministeri ed Enti pubblici, Associazioni, ecc. e che mette il cittadino al centro delle scelte per la propria salute.

Si articola, partendo proprio dai 4 fattori di rischio modificabili e principali determinanti delle malattie croniche più frequenti, in un programma trasversale governativo e in 4 programmi specifici basilari al fine di indurre comportamenti alimentari salutari (aumento del consumo di frutta e verdura, riduzione del consumo di bevande e alimenti troppo calorici), promuovere l’attività fisica, contrastare il tabagismo e l’abuso di alcol al fine di ridurre, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società e, nel breve periodo, consentire ai cittadini di scegliere se essere, o tornare ad essere, liberi da dipendenze e fattori di rischio.

Attività fisica

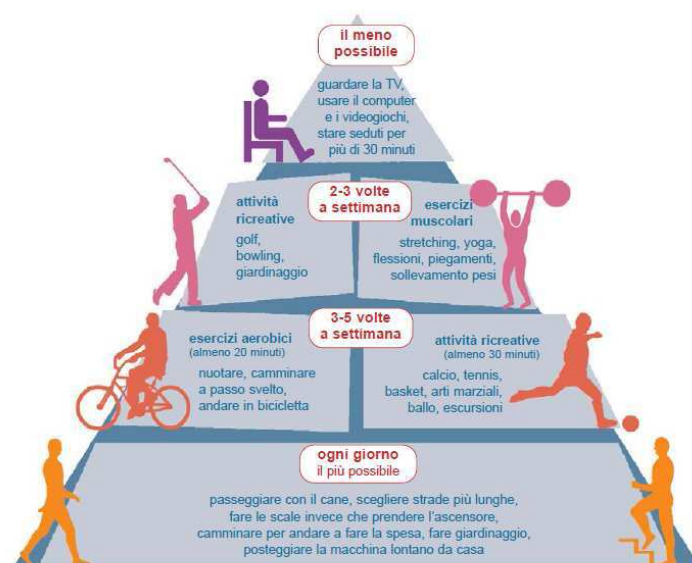
La sedentarietà, secondo l'OMS, è il quarto principale fattore di rischio di mortalità globale, provocando ogni anno 3,2 milioni di decessi. In particolare si stima che l'inattività fisica sia causa di circa il 30% delle malattie cardiache, del 27% dei casi di diabete e del 21-25% dei tumori di mammella e colon. Il sovrappeso e l'obesità, problemi ovunque in aumento, sono causati essenzialmente dalla combinazione di sedentarietà e cattiva alimentazione.

L'attività fisica svolta con regolarità induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e riduce il rischio di una morte prematura prevenendo malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione, obesità, osteoporosi, depressione, traumi da caduta degli anziani, alcuni tipi di cancro (del colon-retto, seno, endometrio e, probabilmente, anche di polmone e prostata).

“L'attività fisica=salute” è lo slogan dell'edizione 2015 del World Day of Physical Activity (6 aprile), giornata che celebra l'importanza di uno stile di vita attivo per mantenersi in buona salute. L'iniziativa, promossa a partire dal 2002 dall'Organizzazione brasiliana “Agita Sao Paulo” e dalla rete “AgitaMundo” e sposata dall'OMS, si rivolge principalmente alla popolazione adulta, richiamando le raccomandazioni OMS sulla promozione dell'attività fisica con l'esortazione: “Metti insieme 30 minuti di attività fisica ogni giorno per la tua salute e il tuo benessere”.

Nel 2010, l'OMS ha pubblicato le “Global recommendations on Physical activity for Health” in cui definisce i livelli di attività fisica raccomandata per la salute per tre gruppi di età:

- per bambini e ragazzi (5-17 anni): almeno 60 minuti al giorno di attività moderata-vigorosa, includendo almeno 3 volte alla settimana esercizi per la forza che possono consistere in giochi di movimento o attività sportive;
- per gli adulti (18-64 anni): almeno 150 minuti alla settimana di attività moderata o 75 di attività vigorosa (o combinazioni equivalenti delle due) in sessioni di almeno 10 minuti per volta, con rafforzamento dei maggiori gruppi muscolari da svolgere almeno 2 volte alla settimana;
- per gli anziani (dai 65 anni in poi): le indicazioni sono le stesse degli adulti, con l'avvertenza di svolgere anche attività orientate all'equilibrio per prevenire le cadute. Chi fosse impossibilitato a seguire in pieno le raccomandazioni deve fare attività fisica almeno 3 volte alla settimana e adottare uno stile di vita attivo adeguato alle proprie condizioni.



Livelli di attività fisica raccomandati dall'OMS per gli adulti fra i 18 e i 64 anni

I livelli di attività fisica raccomandati sono formulati sulla base dei seguenti parametri:

- tipo (quale attività fisica)
- durata (per quanto tempo)
- frequenza (quante volte)
- intensità (quanta fatica)
- volume (quanta attività fisica in totale)

e sono:

1. almeno 150 minuti alla settimana (1 ora e mezza) di attività fisica aerobica di **moderata** intensità o almeno 75 minuti alla settimana di attività fisica aerobica vigorosa o una combinazione equivalente di attività fisica **moderata e vigorosa**;

2. l'attività aerobica dovrebbe essere eseguita in sessioni della durata di almeno 10 minuti.

Per avere ulteriori benefici per la salute bisogna aumentare l'attività fisica aerobica di intensità moderata a 300 minuti per settimana, o fare attività fisica aerobica di intensità vigorosa per 150 minuti per settimana.

Le definizioni di "attività fisica" utilizzate nel questionario PASSI:

1. attività fisica svolta fuori dal lavoro:

- **attività fisica intensa:** si intende quella attività fisica che per quantità, durata e intensità provoca grande aumento della respirazione e del battito cardiaco o abbondante sudorazione (correre, pedalare velocemente, fare ginnastica aerobica o sport agonistici) per più di 20 minuti per almeno 3 giorni alla settimana,
- **attività fisica moderata:** si intende quella attività fisica che per quantità, durata e intensità comporta un leggero aumento della respirazione e del battito cardiaco o un po' di sudorazione (camminare a passo sostenuto, andare in bicicletta, fare ginnastica dolce, ballare, fare giardinaggio o lavori in casa come lavare finestre o pavimenti) per almeno 30 minuti al giorno per almeno 5 giorni alla settimana;

2. attività fisica svolta durante il lavoro:

- **lavoro pesante:** si intende un lavoro che richiede un notevole sforzo fisico come quello del manovale, muratore, agricoltore,;
- **lavoro con sforzo fisico moderato:** si intende quello dell'operaio in fabbrica, del cameriere, dell'addetto alle pulizie;
- **lavoro sedentario:** si intende stare seduto o in piedi, come chi lavora al computer, guida la macchina, fa lavori manuali senza sforzi fisici.

Limiti di queste definizioni sono legate al fatto che gli indicatori misurano un comportamento riferito dall'intervistato e sono in teoria soggetti a distorsione legata alla desiderabilità sociale del comportamento che spinge il rispondente a sovrastimare (per gli attivi) o sottostimare (per i sedentari) la frequenza.

Nell'Azienda ULSS 18, quante sono le persone attive fisicamente e quanti i sedentari?

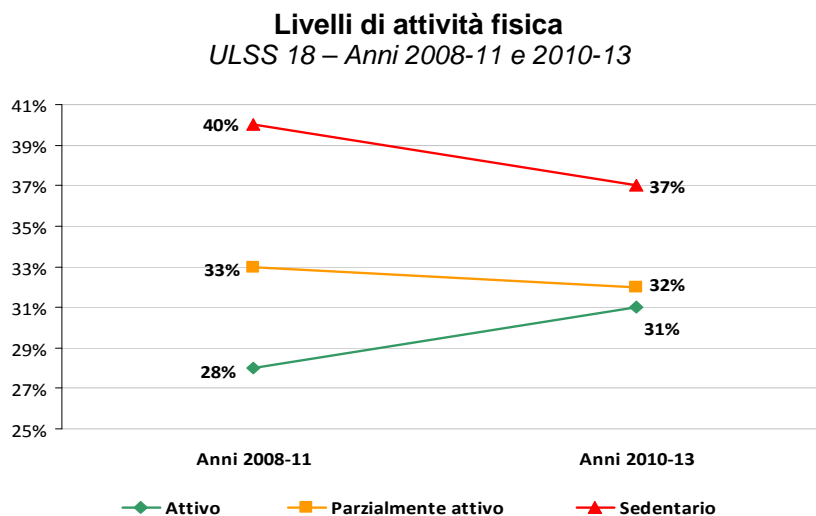
Nel periodo 2010-2013 nell'A.ULSS 18 solo il 31,0% delle persone intervistate riferisce di avere uno stile di vita attivo¹, il 31,7% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo²) ed il 37,3% risulta completamente sedentario³.

¹ chi fa un lavoro pesante oppure aderisce alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)

² chi non fa un lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

³ chi non fa un lavoro pesante e non fa alcuna attività fisica nel tempo libero.

Nell'A.ULSS 18 confrontando i quadrienni 2008-11 e 2010-13 si può notare, però, un aumento di circa 3 punti percentuali di persone attive ed una diminuzione di oltre 2 punti delle persone sedentarie.



Quali sono le caratteristiche delle persone sedentarie?

Nel periodo 2010-2013 nell'A.ULSS 18, il 37,3% degli intervistati è classificabile come sedentario.

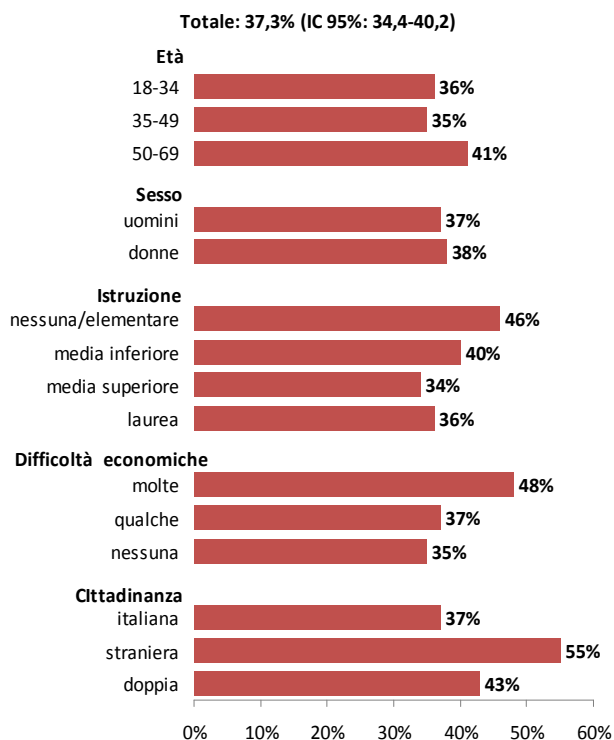
La sedentarietà risulta più diffusa nelle persone:

- nella classe di età 50-69 anni,
- con basso livello d'istruzione,
- con maggiori difficoltà economiche,
- negli stranieri.

Non sono emerse, invece, differenze tra uomini e donne.

Sedentari

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ULSS 18 – Anni 2010-13



Sedentari

Pool ASL PASSI 2010-13



In Lombardia e Basilicata non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

Regione Veneto e Pool ASL PASSI

In **Veneto** nel periodo 2010-2013, la percentuale di persone attive è risultata del 33% e di sedentarie del 23%.

A livello nazionale, il 33% degli intervistati di 18-69 anni può essere classificato come attivo, il 36% come parzialmente attivo ed il 31% può essere classificato sedentario.

La distribuzione della sedentarietà per Regione di residenza divide l'Italia in due macroaree in maniera netta, con una maggiore diffusione nelle Regioni centro-meridionali, con il valore più alto in Basilicata (56%) e quello più basso nella P.A. di Bolzano (7%). Al Sud fanno eccezione il Molise (23%) e la Sardegna (26%) che presentano valori significativamente minori anche rispetto alla media nazionale.

OKkio alla Salute

E' universalmente accettato ormai che una adeguata attività fisica e una corretta alimentazione prevenga il rischio di sovrappeso nei bambini. E' consigliato che i bambini facciano attività intensa o moderata almeno 1 ora al giorno, e non necessariamente continua includendo tutte le attività motorie quotidiane.

Negli anni 2008, 2010, 2012 e 2014, il Sistema di Sorveglianza "OKkio alla Salute" ha monitorato alcuni indicatori di attività fisica e sedentarietà nei bambini, a livello nazionale, regionale e aziendale.

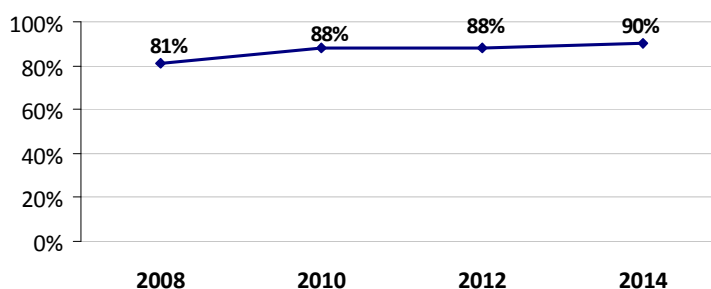
A **livello nazionale** (Rapporti Istisan), emerge un miglioramento negli anni degli indicatori valutati, sebbene i valori siano ancora elevati in particolare per i comportamenti sedentari, soprattutto al Sud.

In **Veneto**, nel 2012, si nota un graduale e positivo incremento della percentuale di bambini che svolgono un'adeguata attività fisica. Tale tendenza era già evidente nell'indagine del 2010 anche se i dati dimostrano che solo circa 2 bambini su 10 hanno un livello di attività fisica raccomandato per la loro età. Dai primi dati elaborati nella rilevazione 2014 si può notare un progressivo aumento dei bambini attivi, che passano dall'81% nel 2008 al 90% nel 2014.

I dati raccolti mettono in evidenza, nonostante permanga l'andamento positivo, la necessità di mantenere costante l'impegno dei Servizi preposti, sia sanitari che di altro genere, nell'implementare attività motoria; svolgere attività fisica costa poco in termini economici e rende molto in termini di salute pertanto interventi finalizzati a questo obiettivo sono raccomandati ed auspicabili. Le istituzioni e le famiglie devono continuare a collaborare nella realizzazione di condizioni ed iniziative che incrementino la naturale predisposizione dei bambini al movimento.

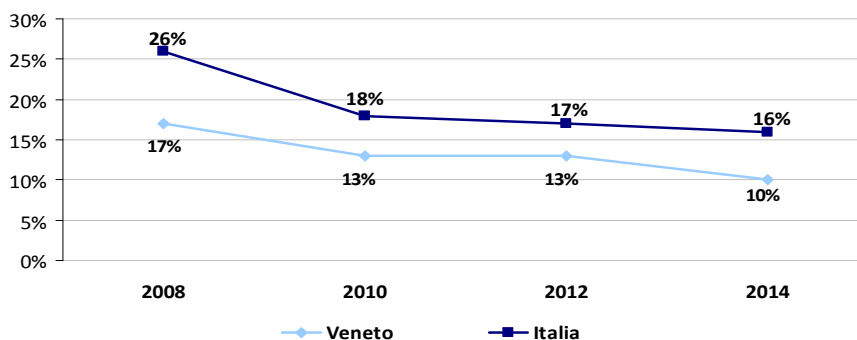
Bambini "attivi"

OKkio alla Salute - Veneto 2008-2010-2012-2014



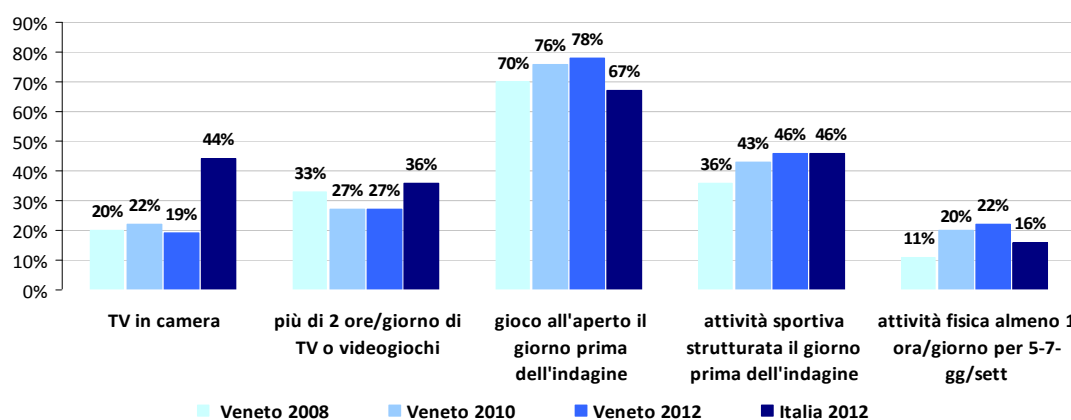
Bambini definiti fisicamente "non attivi"

(se non hanno svolto almeno 1 ora di attività fisica il giorno precedente l'intervista - prevalenza puntuale)
OKKio alla Salute - Veneto 2008-2010-2012 e Italia 2012



L'uso del tempo: le attività sedentarie e l'attività fisica

OKKio alla Salute - Veneto 2008-2010-2012 e Italia 2012



HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)

I dati HBSC rilevati nel 2014 in **Veneto** confermano la tendenza evidenziata in letteratura secondo cui in adolescenza l'attività fisica diminuisce rispetto alle età pre-adolescenziali ed infantili.

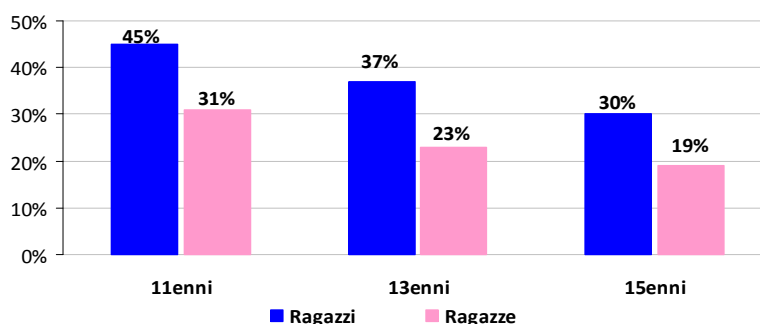
Nello specifico, i 15enni che svolgono almeno 1 ora di attività fisica per 5 o più giorni a settimana sono il 24%, tale percentuale aumenta nei 13enni al 29% e negli 11enni al 38%. In tutte le età considerate risulta che i ragazzi sono più attivi delle loro coetanee.

Gli adolescenti che svolgono attività fisica al di fuori dell'orario scolastico per 2 o più volte a settimana sono il 65%, e anche in questo caso la percentuale diminuisce con l'aumentare dell'età, passando dal 71% degli 11enni al 60% dei 15enni.

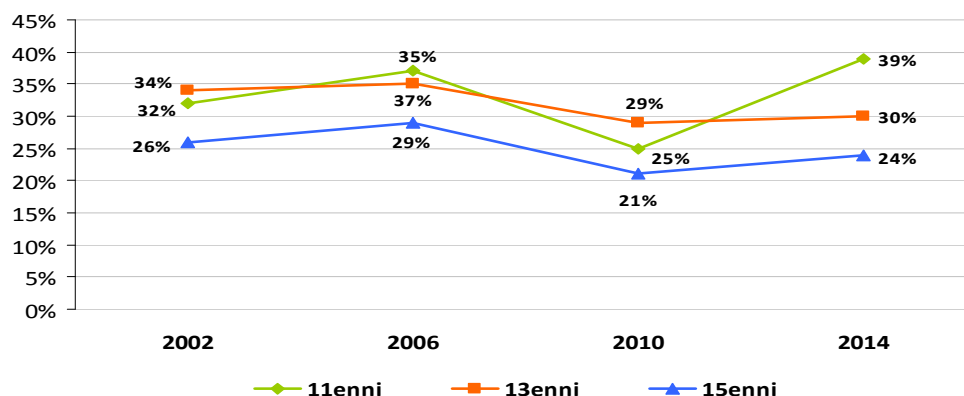
La percentuale di ragazzi e ragazze che svolgono almeno 1 ora di attività fisica per 5 o più giorni a settimana è in aumento rispetto all'ultima rilevazione per quanto riguarda gli 11enni e i 15enni, mentre resta stabile per i 13enni.

Adolescenti che praticano attività fisica almeno 1 ora/giorno per 5 o più gg/settimana

HBSC - Veneto 2014



Andamento dell'attività fisica negli adolescenti per almeno 1 ora/giorno per 5 o più gg/settimana HBSC - Veneto 2002-2006-2010-2014



PASSI d'Argento PASSI 2012-13

Una regolare attività fisica protegge gli ultra64enni da numerose malattie, previene le cadute e migliora la qualità della vita, aumentando anche il benessere psicologico; è correlata direttamente alle condizioni complessive di salute: può essere notevolmente limitata o assente nelle persone in età avanzata e con difficoltà nei movimenti. Per questo, la quantità di attività fisica "raccomandabile" varia a seconda delle condizioni generali di salute e dell'età. La Sorveglianza PASSI d'Argento (2012) ha adottato un sistema di valutazione dell'attività fisica (Physical Activity Score in Elderly: *Pase*) che tiene conto, in maniera semplice, delle diverse esigenze della popolazione anziana prendendo in considerazione le attività sportive, quelle ricreative (ginnastica e ballo), i lavori di casa pesanti o il giardinaggio.

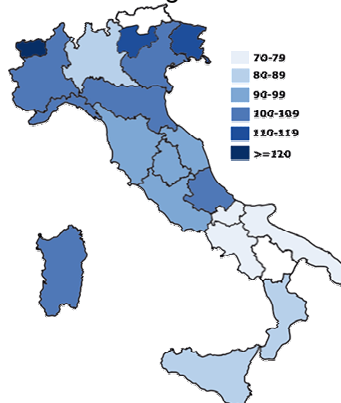
Il punteggio *Pase** permette di "quantificare" il livello di attività fisica svolta da ciascuna persona.

Il valore medio del punteggio *Pase*, stimato sulla popolazione ultra64enne partecipante a PASSI d'Argento nel biennio 2012-2013 (16.811 intervistati fra i residenti nelle 116 ASL del territorio nazionale) è risultato pari a 94,2. Nella mappa sono mostrati i punteggi medi *Pase* regionali, standardizzati per sesso ed età. Si evidenziano livelli di attività fisica anche molto differenti fra gli ultra64enni delle diverse Regioni (*range* fra 79,3 della Campania e 129,2 della Valle d'Aosta) con un marcato gradiente Nord-Sud che, pur in assenza di livelli soglia definibili, suggerisce ampi spazi di miglioramento.

* Per ogni attività che l'anziano riferisce di aver svolto nei 7 giorni precedenti l'intervista (tra attività di svago e attività fisica strutturata, attività casalinghe e sociali o attività di lavoro) viene stimato un punteggio che tiene conto del tempo dedicatovi, o della sola partecipazione, e del tipo di attività più o meno intensa. Per ogni intervistato viene calcolato il punteggio *Pase* totale, sommando i punteggi delle singole attività riferite. Più attiva è la persona più alto sarà il suo punteggio *Pase* totale (per un range che varia da 0 a 400-450).

Punteggio *Pase* (valori medi standardizzati) per classi di età e genere

PASSI d'Argento 2012-13



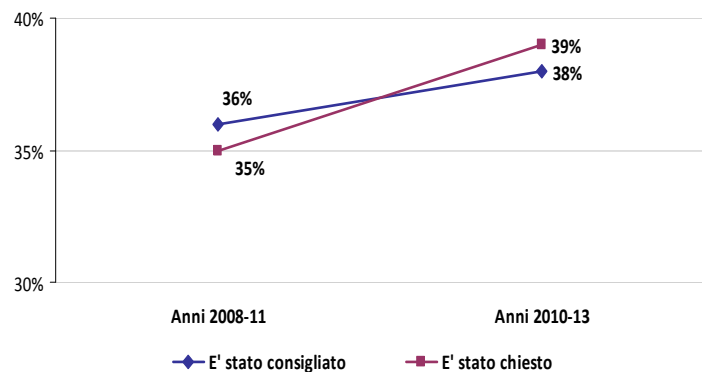
N.B. Lombardia, Marche e Friuli Venezia Giulia sono rappresentate da una sola Azienda sanitaria. In bianco, le Regioni non partecipanti

Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

Nel territorio dell'A.ULSS 18, nel periodo 2010-13, il 39,2% degli intervistati, che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi, ha riferito che un medico o altro operatore sanitario *ha chiesto* loro se svolgono attività fisica ed il 37,8% di aver *ricevuto il consiglio* di praticarla regolarmente.

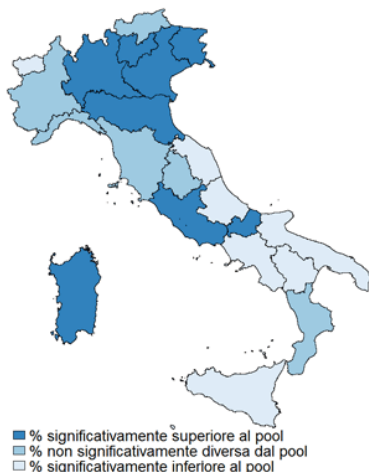
Nel quadriennio 2008-11, le percentuali rilevate risultavano appena inferiori (rispettivamente il 35% ed il 36%), comunque in entrambi i periodi superiori a quelle del Pool di ASL nazionale.

Attenzione degli operatori sanitari
ULSS 18 – Anni 2008-11 e 2010-13



Persone a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica

Pool ASL PASSI 2010-13



In Lombardia e Basilicata non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

Regione Veneto e Pool ASL PASSI

Nel 2010-13 in **Veneto** la percentuale di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica che svolgono regolarmente è stata del 37%, mentre al 35% è stato consigliato di fare attività fisica.

Nel **Pool di ASL PASSI**, la prevalenza degli intervistati a cui è stato chiesto se fa regolare attività fisica e a cui è stato consigliato di farla è la medesima (31%), pertanto troppo bassa appare l'attenzione degli operatori sanitari al problema della sedentarietà.

La distribuzione geografica dell'attenzione degli operatori non evidenzia un chiaro gradiente. Il valore più alto (44%) è registrato in Sardegna insieme ad alcune Regioni del Nord (P.A. di Trento con il 39% e Lombardia con il 38%) e del Centro (Lazio 34%), mentre quello più basso in Basilicata (20%).

Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

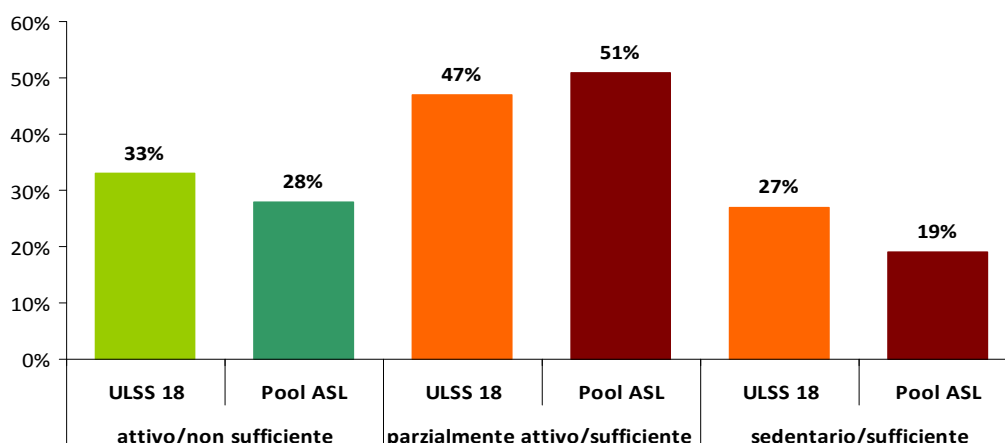
La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo. Non sempre, però, la percezione soggettiva del livello di attività fisica praticata corrisponde a quella effettivamente svolta.

Infatti, nel territorio dell'A.ULSS 18, il 33% delle persone attive giudica la propria attività fisica non sufficiente, mentre il 47% delle persone parzialmente attive (quasi 1 su 2) ed il 27% dei sedentari (quasi 1 su 4) percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

Regione Veneto e Pool ASL PASSI

In **Veneto** il 16% dei sedentari ritiene sufficiente il proprio livello di attività fisica, mentre a livello del **Pool di ASL PASSI** 1 su 2 adulti parzialmente attivi (51%) e 1 sedentario su 5 (19%) percepiscono il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

Autopercezione del livello di attività fisica praticata ULSS 18 e Pool ASL - Anni 2010-13



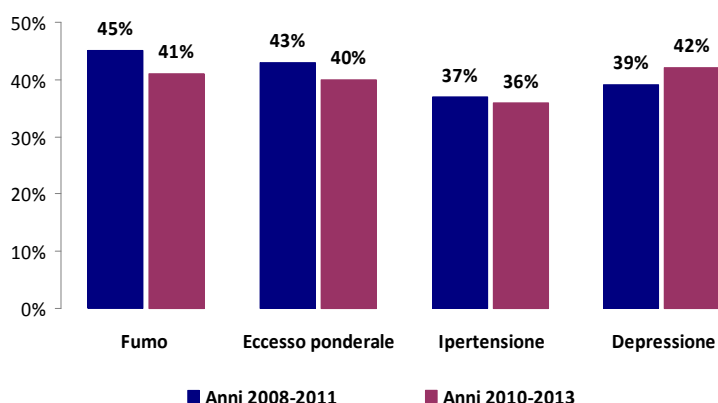
Stile di vita sedentario e presenza di altre condizioni di rischio

Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio, risultando più diffuso che nella popolazione generale (37,3%) tra le persone:

- con sintomi di depressione (42,0%),
- che fumano (40,5%),
- in sovrappeso e obeso (39,5%).

Confrontando i dati con quelli del periodo 2008-2011 si nota una riduzione dei sedentari nei fumatori e nelle persone in eccesso ponderale, ma un aumento nei depressi.

Sedentari e altri fattori di rischio
Prevalenza di sedentari nelle categorie a rischio
ULSS 18 – Anni 2008-11 e 2010-13



Conclusioni

Nel territorio dell'A.ULSS 18, si stima che solo 3 persone adulte su 10 (31%) praticino l'attività fisica raccomandata, mentre 4 su 10 (37%) risultano completamente sedentarie: tali valori corrispondono ad oltre 37.000 persone definite "attive", ad oltre 37.500 parzialmente attive ed a circa 45.000 persone sedentarie tra i residenti di età compresa tra i 18 ed i 69 anni.

È presente, inoltre, una percezione distorta dell'entità di attività fisica praticata, infatti circa 1 persona sedentaria su 4 ritiene di praticare sufficiente movimento.

La percentuale di sedentari è più alta rispetto alla popolazione generale in quei sottogruppi che potrebbero invece beneficiarne di più, come dimostrato in letteratura, in particolare le persone in eccesso ponderale, quelle con sintomi di depressione ed i fumatori.

Risulta, inoltre, che in ambito sanitario gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti, infatti solo al 39% di persone è stata fatta la domanda se svolgono regolare attività fisica e solo il 38% ha ricevuto il consiglio di svolgerla regolarmente.

La promozione dell'attività fisica continua a rappresentare un'azione prioritaria di sanità pubblica: gli effetti positivi di una diffusa attività fisica nella popolazione sono evidenti sia a livello sociale, che economico. Lo sviluppo di strategie per accrescere la diffusione dell'attività fisica (attraverso l'applicazione di interventi di dimostrata efficacia) è un importante obiettivo che può essere raggiunto solo con l'utilizzo di strategie intersettoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo (ad es. politica dei trasporti, ambiente favorente il movimento, ecc.). L'Unione Europea ha approvato il 3° programma di azione in materia di salute per il periodo 2014-2020 con 4 obiettivi principali, di cui il primo è "promuovere la salute, prevenire le malattie e creare ambienti favorevoli a stili di vita sani", in pratica individuare, diffondere e promuovere l'adozione di evidence-based e buone pratiche per efficaci misure di prevenzione delle malattie e di promozione della salute affrontando i principali fattori di rischio comportamentali.

In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale che nel Piano della Prevenzione 2014-2018, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute nell'ambito del macro-obiettivo "Riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT)" dove viene ribadita l'importanza di intervenire precocemente sui principali fattori di rischio modificabili (fumo, consumo dannoso di alcol, alimentazione scorretta, sedentarietà).

La complessità di questo macro-obiettivo richiede un approccio articolato in strategie di promozione della salute, che per definizione è orientata all'empowerment di comunità e ad azioni svolte in setting definiti (scuola, lavoro, ecc.), in strategie di prevenzione primaria su gruppi a rischio e di prevenzione secondaria, per l'identificazione di malattie in fase precoce.

Nel PRP 2014-2018, la Regione Veneto ha programmato una serie di azioni per la promozione dell'attività fisica, che saranno attuate a livello di Aziende ULSS, sia per il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (attività fisica, alimentazione, ...) nella popolazione giovanile e adulta, sia per sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, tra questi:

- "MuoverSi"- Promozione dell'attività motoria nel ciclo di vita, con particolare attenzione all'intervento sui determinanti ambientali e al contrasto alle disuguaglianze,
- la prescrizione dell'esercizio fisico per aumentare l'attività fisica nelle persone, anche con patologie croniche, con l'adozione di indirizzi regionali,
- lo sviluppo della Carta di Toronto come modello dell'advocacy, la creazione di reti, la progettazione partecipata.

Nel territorio dell'A.ULSS 18 sono in essere alcuni programmi di promozione dell'attività fisica, sviluppati in collaborazione con Enti di Promozione Sportiva e Sociale, Pubbliche Amministrazioni (es. Comuni, Istituti Scolastici), Associazioni di Volontariato e di Pazienti.

Si citano in particolare:

1. il "Progetto Integrato per la promozione della salute nella popolazione adulta anziana", che offre opportunità di movimento sia a persone sane che affette da patologie croniche esercizio-sensibili, proponendo attività diversificate, diffuse capillarmente nel territorio e a basso costo;

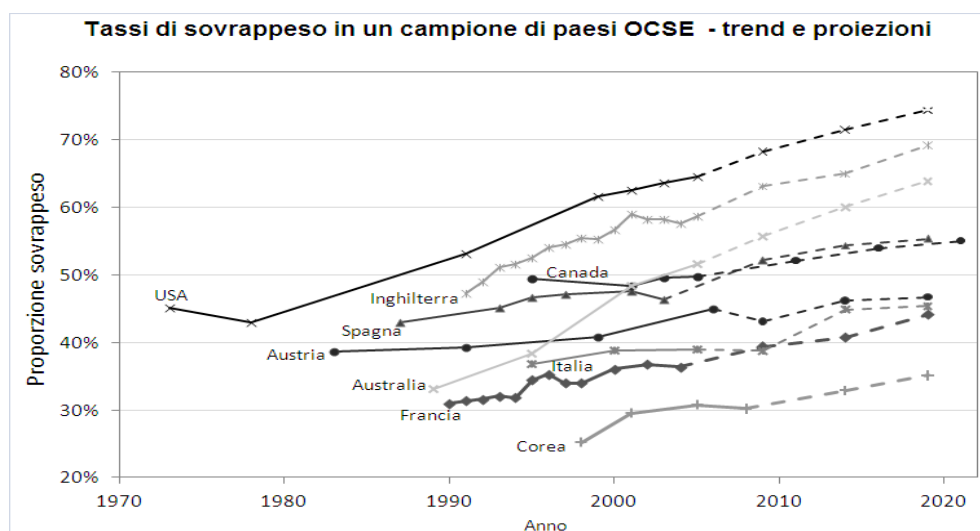
2 il progetto "Muovimondo", percorso didattico proposto gratuitamente alla Scuola Primaria, il cui obiettivo è la promozione di uno stile di vita sano e attivo in un'ottica interculturale.

Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura

Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione, infatti alimentazione non corretta e sedentarietà rappresentano importanti fattori di rischio modificabili per malattie croniche non trasmissibili.

Il sovrappeso e l'obesità sono considerati fattori di rischio intermedi, cioè condizioni, come l'ipertensione, le dislipidemie, l'iperglicemia, che, pur non rappresentando una patologia conclamata ed essendo asintomatiche o paucisintomatiche, dovrebbero essere comunque considerate patologie, seppure ancora almeno in parte reversibili se diagnosticate e trattate in tempo. Tali condizioni, inoltre, sono spesso tra loro associate, fatto che di per sé rappresenta un fattore di moltiplicazione del rischio.

La diffusione crescente del sovrappeso e dell'obesità nel mondo rende ragione del termine "globesity", coniato per indicare una "globale e crescente epidemia di sovrappeso e obesità" che minaccia la salute della popolazione mondiale, con una riduzione dell'aspettativa e della qualità di vita e le economie sanitarie internazionali, disegnando un rilevante problema di salute e di sanità pubblica. Questo fenomeno, inoltre, non è più circoscritto solo ai Paesi industrializzati a medio e alto reddito, ma si sta estendendo anche a quelli in via di sviluppo.



Sovrappeso e obesità rappresentano, quindi, una sfida rilevante per la sanità pubblica: le proiezioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità mostravano che, nel 2015, gli adulti in sovrappeso sarebbero stati circa 2,3 miliardi e gli obesi più di 700 milioni.

Nei Paesi europei la prevalenza dell'obesità è triplicata negli ultimi due decenni e ha ormai raggiunto proporzioni epidemiche: a seconda delle nazioni, il 25-70% degli adulti è attualmente in sovrappeso e il 5-30% obeso.

I soggetti in sovrappeso hanno maggiore probabilità di sviluppare iperglicemia o diabete mellito di tipo 2, in genere preceduto dalle varie componenti della sindrome metabolica (ipertensione arteriosa e dislipidemia aterogena), che determinano un aumentato rischio di eventi cardio- e cerebro-vascolari. Dato che il sovrappeso e l'obesità spesso si associano ad abitudini di vita sedentarie, una dieta equilibrata e un'attività fisica adatta alle condizioni personali contribuiscono non solo a una graduale perdita di peso, ma anche a ridurre l'entità degli altri fattori di rischio eventualmente associati.

Le caratteristiche ponderali possono essere definite in relazione al valore dell'Indice di Massa Corporea (IMC o BMI, Body Mass Index), calcolato con la formula peso (kg)/statura (metri)², e nell'adulto, sovrappeso e obesità (così come la magrezza) vengono definiti in base al valore di BMI seguendo una specifica classificazione unificata per genere ed età.

Quattro sono i gruppi principali: sottopeso (IMC<18,5), normopeso (18,5-24,9), sovrappeso (25,0-29,9), obesità (≥ 30).

Il BMI, pur non essendo un buon indice di adiposità in quanto non fornisce informazioni sulla massa magra e sulla massa grassa, può comunque essere considerato un sufficientemente accurato predittore delle complicanze legate al sottopeso, al sovrappeso o all'obesità, ed essere utilizzato come indicatore prognostico nella pratica clinica (WHO 1998).

E' comunque importante ricordare che ad alcuni alimenti viene riconosciuto un ruolo protettivo: è ormai evidente, per esempio, la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura mentre, secondo l'Atlante delle malattie cardiache e dell'ictus cerebrale dell'OMS, il loro scarso consumo è responsabile, in tutto il mondo, di circa il 31% della malattia coronarica e di circa l'11% dell'ictus cerebrale.

Anche le Linee Guida per una sana alimentazione italiana sottolineano che adeguate quantità di frutta e verdura, oltre a proteggere da malattie cardiovascolari, neoplastiche, respiratorie, cataratta e stipsi, assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici), sostanze protettive antiossidanti e consentono di ridurre la densità energetica della dieta, grazie al fatto che questi alimenti danno una sensazione di sazietà.

Per questi motivi viene consigliato il consumo di frutta e verdura tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali ne prevede il consumo di almeno 5 porzioni al giorno (*Five-a-day*), che corrispondono a circa 400 grammi al giorno, soglia minima consigliata: infatti se ogni cittadino dell'UE consumasse 600 grammi di frutta e verdura al giorno, si eviterebbero più di 135 mila morti all'anno per malattie cardiovascolari.

In considerazione dell'importanza della situazione nutrizionale, soprattutto dell'eccesso ponderale, e della corretta alimentazione come determinanti di salute, si stanno compiendo molti sforzi per monitorarne l'andamento nei bambini, negli adulti e negli anziani.

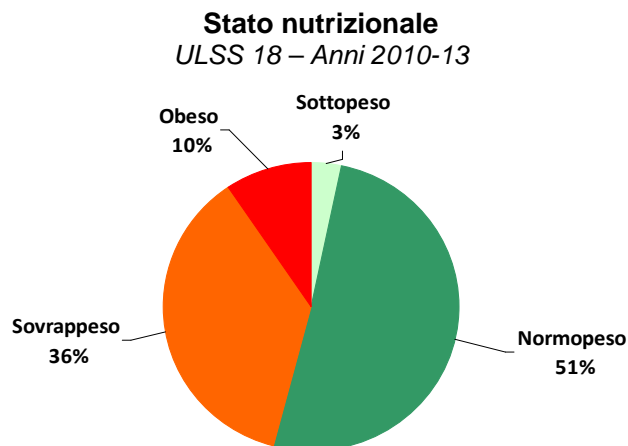
In Italia è attiva una rete di sorveglianza (Sistema di sorveglianza PASSI, OKkio alla Salute, HBSC, PASSI d'Argento) che si configura come uno strumento di monitoraggio del fenomeno e valutazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute messi in campo.

PASSI misura la prevalenza di obesità mediante l'Indice di massa corporea (IMC,) calcolato in base a dati riferiti di altezza e peso. Generalmente i dati riferiti, quando confrontati con quelli misurati, producono una sottostima della prevalenza di sovrappeso e obesità. Nella maggior parte degli studi questa sottostima è maggiore tra le donne e nelle persone sopra i 65 anni.

Qual è lo stato nutrizionale dei residenti nell'Azienda ULSS 18?

Dalle interviste effettuate nel quadriennio 2010-2013 nell'A.ULSS 18 si stima che il 3,0% delle persone intervistate siano sottopeso, il 51,0% normopeso, il 36,4% sovrappeso ed il 9,6% obeso, quindi con il 46,0% della popolazione in eccesso ponderale.

Risulta, pertanto, che oltre 55.000 siano i residenti in eccesso ponderale, di cui circa 43.500 in sovrappeso e 11.500 obesi. Tali valori sono sovrapponibili alle rilevazioni del periodo 2008-2011.



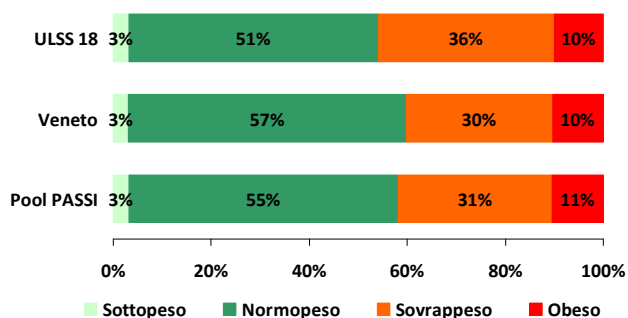
Regione Veneto e Pool ASL PASSI

In **Veneto** la percentuale di persone in eccesso ponderale è risultata del 40%, con il 30% di persone in sovrappeso e il 10% obeso, mentre nel **Pool ASL PASSI** è del 42%, con il 31% in sovrappeso e l'11% obeso.

La distribuzione geografica della prevalenza di persone in eccesso ponderale disegna un chiaro gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione nelle Regioni meridionali: Basilicata e Campania sono le Regioni con le prevalenze più alte (rispettivamente 49% e 48%) mentre nella P.A. Bolzano si osserva il valore più basso (33%)

Riguardo l'evoluzione temporale, negli anni 2008-2013, non si evidenzia un particolare andamento nella prevalenza dell'eccesso ponderale, mentre per quanto riguarda l'obesità si registra un lieve andamento in diminuzione nel Centro (da 10,0% a 8,7%). Complessivamente la situazione appare in controtendenza rispetto all'allarmante aumento di obesità in altri Paesi.

Stato nutrizionale ULSS 18-Veneto-Pool ASL - Anni 2010-13



Eccesso ponderale Pool ASL PASSI 2010-13



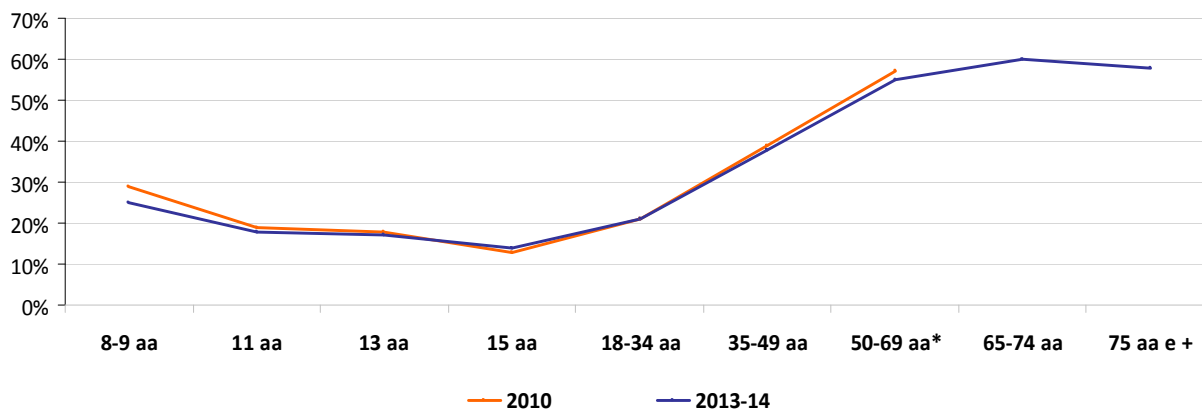
In Lombardia non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

In **Veneto** complessivamente presenta un eccesso ponderale

- il 24% dei bambini (8-9 aa),
- il 15% circa degli adolescenti (11-13-15 aa),
- il 40% degli adulti (18-69 aa),
- il 59% degli ultra65enni.

Eccesso ponderale per classi di età in Veneto

OKkio alla Salute 2014 - HBSC 2013-14 - PASSI 2013 – PASSI d'Argento 2013-14
(*nel 2013 l'intervallo è 50-64 aa)



Quali sono le caratteristiche socio-demografiche delle persone in eccesso ponderale residenti nell'Azienda ULSS 18?

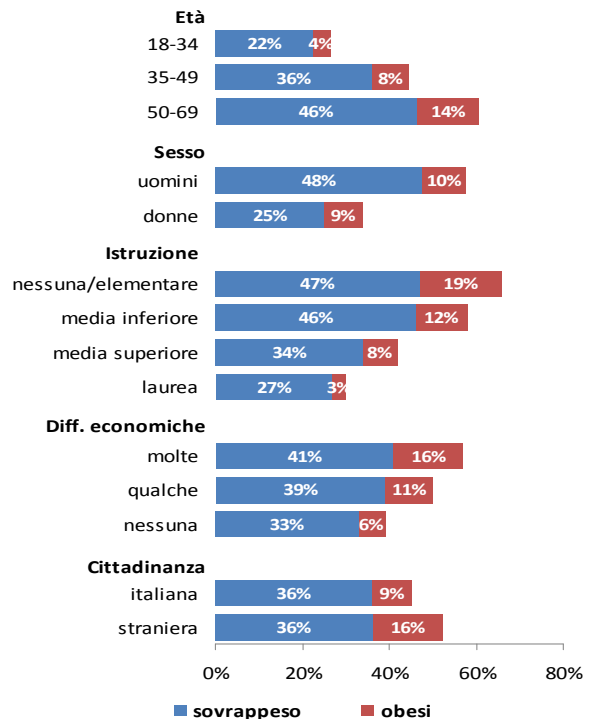
L'eccesso ponderale (sovrappeso/obesità) aumenta col crescere dell'età, ed è più frequente:

- negli uomini (47,8% vs 24,9%),
- nelle persone con basso livello di istruzione,
- nelle persone con difficoltà economiche.

Le caratteristiche socio-demografiche delle persone in eccesso ponderale nell'ULSS 18 sono sovrapponibili a quelle del Pool di ASL nazionale, dove è stato possibile, per la numerosità delle persone intervistate, analizzare tutte le caratteristiche separatamente per genere (analisi logistica multivariata).

Da tale analisi si conferma che l'eccesso ponderale è associato ad età, sesso, livello di istruzione e difficoltà socio-economiche, per i due sessi.

Eccesso ponderale
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ULSS 18 – Anni 2010-13



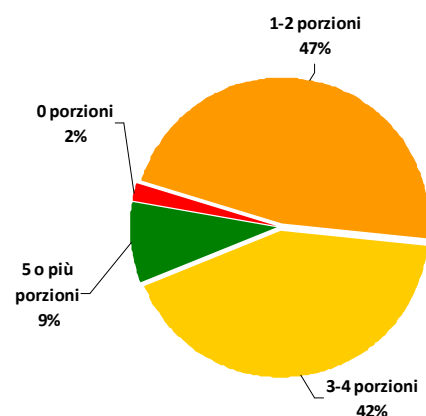
... e quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("Five-a-day")?

Nell'ULSS 18, l'89,1% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 46,8% ne assume 1-2 porzioni ed il 42,3% 3-4 porzioni. Solo 9 persone su 100 assumono le 5 porzioni raccomandate, mentre 2 su 100 non assumono né frutta né verdura.

L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa:

- nelle persone sopra ai 50 anni,
- nelle donne,
- nei laureati,
- nelle persone senza difficoltà economiche,
- nelle persone obese,
- negli italiani.

Consumo di frutta e verdura
Prevalenze per porzioni consumate
ULSS 18 - Anni 2010-13



Regione Veneto e Pool ASL PASSI

In **Veneto** la percentuale di persone che consuma la quantità raccomandata nelle linee guida per una corretta alimentazione (*Five a day* - almeno 5 porzioni di frutta/verdura al giorno) è del 13%.

Nel **Pool ASL PASSI**, quasi la metà degli adulti intervistati (48%) consuma 3 o più porzioni di frutta e verdura al dì e solo uno su dieci (10%) le 5 porzioni raccomandate.

Si osserva un gradiente geografico che mostra una più alta adesione al *Five a day* nelle Regioni settentrionali rispetto a quelle meridionali: la più alta proporzione in Liguria (18%), la più bassa in Basilicata e Calabria (5%). In questo panorama fanno eccezione al Nord la P.A. di Bolzano e la Valle d'Aosta (7% e 8% rispettivamente) e al Sud la Sardegna con un valore maggiore della media nazionale (13%).

Five a day Pool ASL PASSI 2010-13



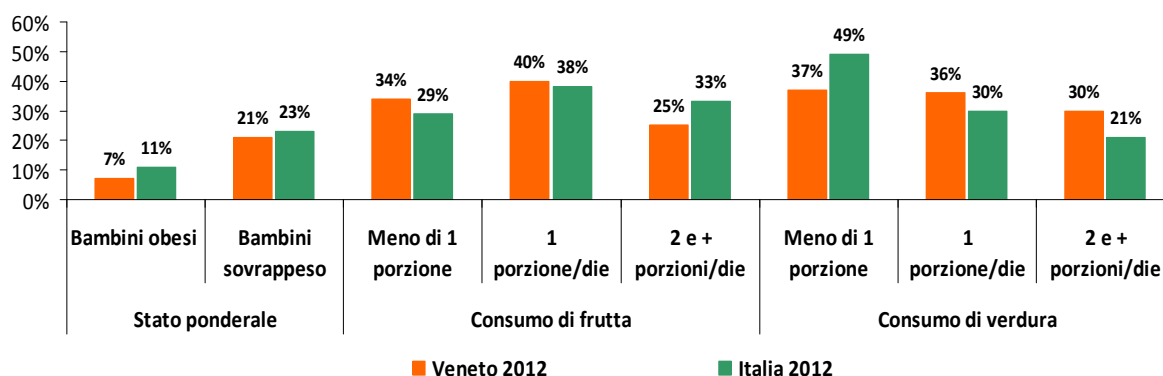
OKkio alla Salute

OKkio alla Salute ha previsto l'impiego dell'Indice di Massa Corporea (IMC) come indicatore indiretto dello stato di adiposità. Per la definizione di sottopeso, normopeso, sovrappeso, obesità dei bambini si utilizzano i valori soglia dell'*International Obesity Task Force* (IOTF) desunti da Cole *et al.*

La raccolta dati del 2012 ha messo in luce che in **Italia** il 23% dei bambini è in sovrappeso, l'11% è obeso e il 2,5% presenta obesità severa. I bambini di 8-9 anni in eccesso ponderale (sovrappeso o obesità) nel 2012 raggiungono il 32,8% e la prevalenza del sottopeso è pari a 1,1%. Tali dati, seppur evidenzino una leggera diminuzione, rispetto a quanto rilevato nelle precedenti raccolte (2008-2009 e 2010), rimangono tuttavia preoccupanti. La rilevazione "OKkio alla Salute" 2012 ha messo in luce la grande diffusione tra i bambini di abitudini alimentari che possono favorire l'aumento di peso, come il consumo quotidiano di frutta e/o verdura decisamente basso rispetto a quanto raccomandato nelle linee guida per una sana alimentazione italiana dell'INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione). A livello nazionale solo il 7,4% dei genitori infatti ha dichiarato un consumo di almeno 5 porzioni al giorno, il 20,4% ha dichiarato che i propri figli consumano meno di una porzione al giorno mentre l'1,5% che non consumano mai frutta e/o verdura. Questi valori, per quanto indicativi di cattive abitudini alimentari, risultano comunque in lieve miglioramento se confrontati con i dati di OKkio alla Salute 2008 e 2010.

Stato ponderale e consumo di frutta e verdura

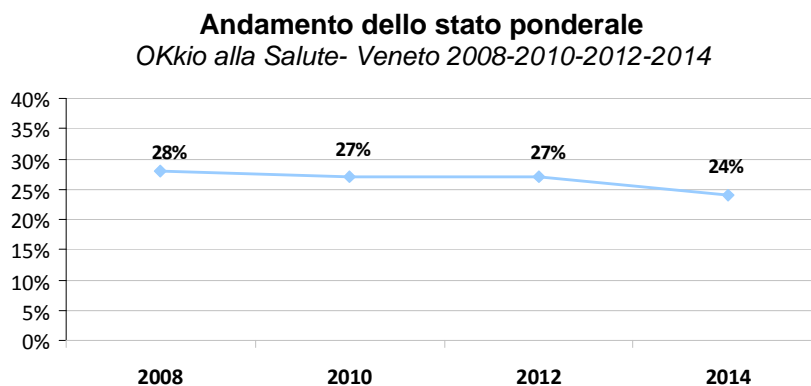
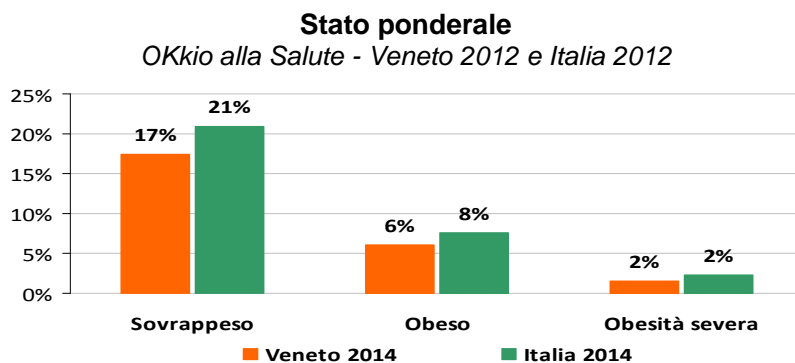
OKkio alla Salute - Veneto 2012 e Italia 2012



Nell'ultima rilevazione (2014) in **Italia** risulta che il 2% di bambini presenta grave obesità, l'8% obesità ed il 21% sovrappeso, mentre in **Veneto** l'1,5% una obesità severa, il 5,5% risulta obeso ed il 17,4% sovrappeso, il 24% presentando complessivamente un eccesso ponderale.

Quando almeno uno dei genitori è sovrappeso il 27% dei bambini risulta in eccesso ponderale, mentre quando un genitore è obeso il 45% dei bambini è in eccesso ponderale, con il 18% di bambini obesi.

Per quanto riguarda l'andamento temporale, la percentuale di bambini in eccesso ponderale è in diminuzione rispetto alle rilevazioni precedenti, passando dal 27% al 24%.

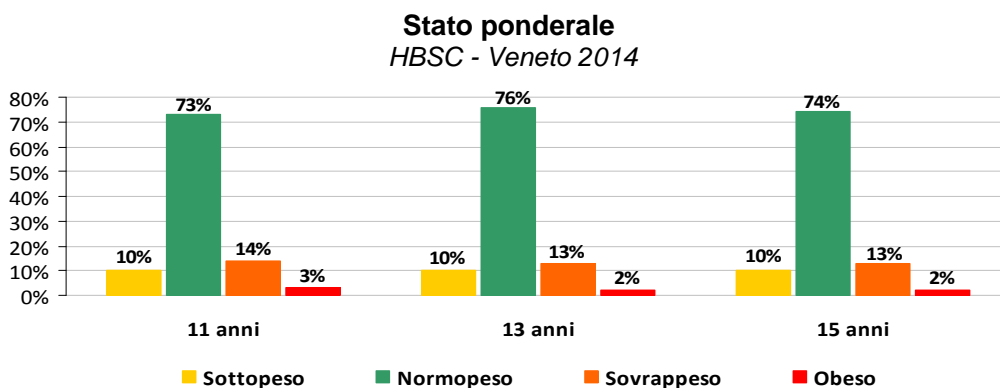


HBSC (Health Behaviour School-aged Children)

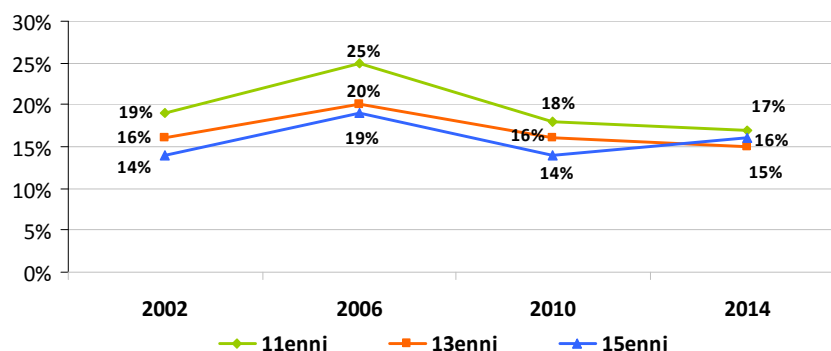
Secondo i dati rilevati nel 2014 in **Veneto** circa 15% degli adolescenti risulta in eccesso ponderale, in particolare il 2% risulta obeso. La percentuale di ragazzi in sovrappeso risulta più alta fra gli 11enni (17%) rispetto ai 13enni e 15enni (15%).

Per tutte le fasce di età considerate, si evidenzia una leggera differenza tra ragazzi e ragazze, risultando maggiormente in eccesso ponderale i ragazzi, mentre le ragazze risultano di più sottopeso o normopeso.

Per quanto riguarda l'andamento temporale, la percentuale di ragazzi in sovrappeso sembra in calo rispetto agli anni precedenti per gli 11enni e i 13enni, mentre sembra in aumento nei 15enni (dal 14% nel 2010 al 16% nel 2014).



Andamento dello stato ponderale
 HBSC – Veneto 2002-2006-2010-2014



PASSI e PASSI d'Argento

Situazione ponderale

Sia PASSI che PASSI d'Argento (2012-13) misurano la prevalenza di obesità mediante l'Indice di Massa Corporea (IMC o BMI) calcolato in base a dati riferiti di altezza e peso.

Superati i 65 anni di età, l'indice di massa corporea è soggetto a variazioni legate a fattori biologici e patologici. Progressivamente, infatti, aumenta la percentuale di persone che perdono peso (mediamente il 5% del peso iniziale in un anno) indipendentemente dalla loro volontà. Questo aspetto, che è un fattore potenzialmente fragilizzante, si verifica più spesso nelle donne, con l'avanzare dell'età e con il crescere delle difficoltà economiche.

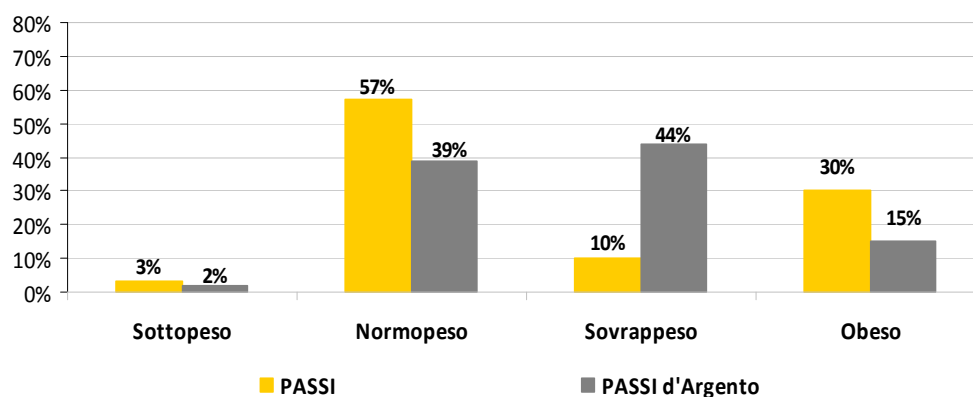
In **Veneto** nel 2013, il 3% delle persone intervistate tra i 18 e 69 anni risulta sottopeso, il 57% normopeso, il 30% sovrappeso ed il 10% obeso; tra gli ultra65enni il 2% si stima sia sottopeso, il 39% normopeso, il 44% sovrappeso ed il 15% obeso.

In **Italia** tra gli anziani ultra64enni, la percentuale di persone in sovrappeso è del 42% mentre quella di obesi del 15%. L'eccesso ponderale è più frequente negli uomini e si riduce all'aumentare dell'età: fra i 65-74enni riguarda il 62% delle persone, scende al 56% fra i 75-84enni e al 44% negli ultra84enni.

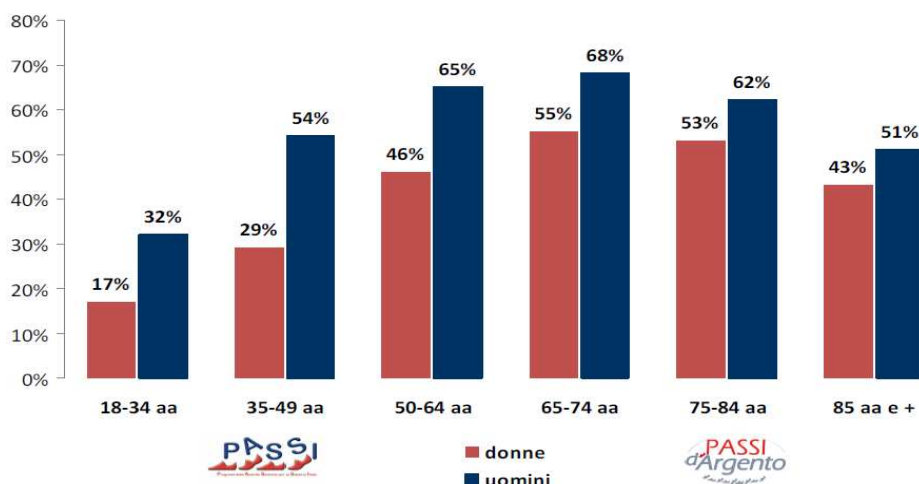
L'eccesso di peso appare significativamente più frequente nelle classi socio-economiche più svantaggiate; tra ultra 64enni con basso livello istruzione è pari al 60% (43% in sovrappeso e 17% obesi), fra chi dichiara di avere molte difficoltà economiche risulta in eccesso ponderale il 63% (44% in sovrappeso e 19% obesi). Gli anziani in eccesso ponderale hanno profili di salute più critici rispetto alla popolazione generale: sono più frequentemente ipertesi (65% vs 60%), diabetici (24% vs 20%).

Situazione ponderale 18-69enni e ultra65enni in Veneto

PASSI 2013 e PASSI d'Argento 2012-13



Eccesso ponderale per età e sesso in Italia Pool ASL PASSI 2010-13 e PASSI d'Argento 2012-13



Consumo di frutta e verdura (PdA 2012-13)

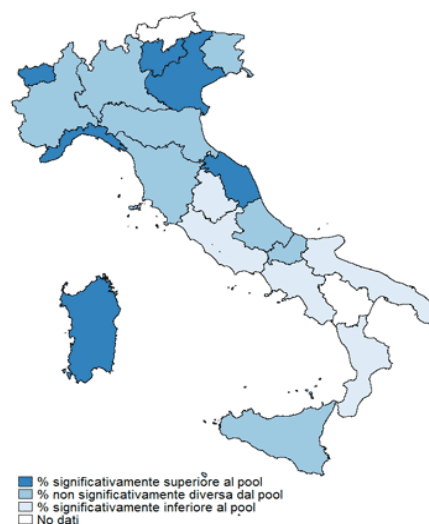
In Italia, tra gli ultra64enni intervistati il 43% consuma 3 o più porzioni al giorno di frutta e verdura e solo l'11% ne consuma la quantità raccomandata dalle linee guida per una corretta alimentazione, ovvero almeno 5 porzioni al giorno (*Five a day*).

Il consumo giornaliero raccomandato di almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura diventa meno frequente con l'avanzare dell'età, non differisce significativamente fra uomini e donne (11% e 12% rispettivamente), è più frequente fra chi possiede un'istruzione più elevata (15%) e fra chi dichiara di non avere difficoltà economiche (15%). È inoltre più frequente fra chi dichiara di non aver nessuna patologia cronica (13%) rispetto a chi invece riferisce tre o più patologie croniche (7%).

La distribuzione geografica mostra un'adesione al *Five a day* maggiore al Nord e minore nell'Italia meridionale. La quota più alta di persone che hanno un consumo ottimale di frutta e verdura si registra in Valle d'Aosta (28%), mentre la più bassa in Campania (5%). In questo panorama fa eccezione la Sardegna che presenta un valore maggiore della media nazionale (15%).

In Veneto la prevalenza è del 17%.

Five a day PASSI d'Argento 2012-13



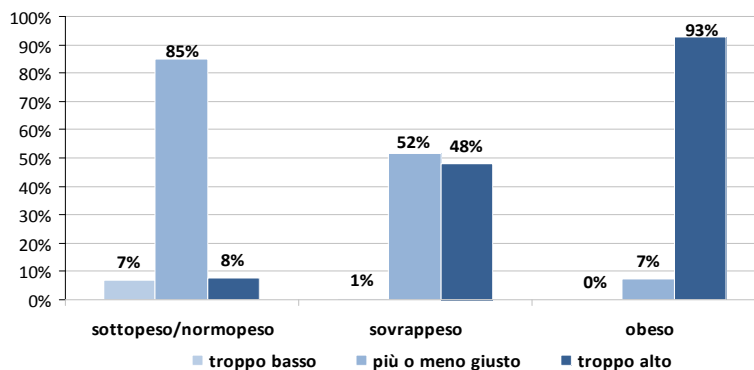
Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

Percepire correttamente il proprio peso corporeo può essere motivante per un eventuale cambiamento dello stile di vita.

La percezione del proprio peso non sempre coincide quello calcolato sulla base dei dati antropometrici riferiti dagli intervistati: nell'ULSS 18 si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (92,6%) e nei normopeso (85,1%), mentre tra le persone in sovrappeso ben il 51,6% ritiene il proprio peso giusto e lo 0,5% addirittura troppo basso.

Una diversa percezione emerge per sesso: tra gli obesi il 6,0% delle donne considera il proprio peso più o meno giusto rispetto all'8,6% degli uomini, mentre il 38,4% delle donne in sovrappeso considera più o meno giusto il proprio peso rispetto al 58,2% degli uomini.

Autopercezione del proprio peso corporeo
ULSS 18 - Anni 2010-13

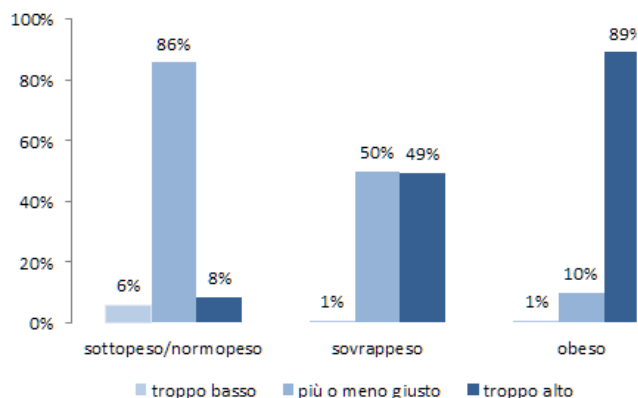


Pool ASL PASSI

Nel periodo 2010-2013, solo una persona in sovrappeso su due ritiene il proprio peso troppo alto e, addirittura, tra gli obesi il 10% considera il proprio peso giusto.

Si registra una percezione del proprio peso corporeo più corretta fra le donne che non fra gli uomini: fra le donne in sovrappeso il 65% considera troppo alto il proprio peso corporeo, mentre fra gli uomini in sovrappeso questa percentuale scende al 40%; l'8% delle donne obese ritiene giusto il proprio peso, mentre fra gli uomini obesi questa percentuale sale al 12%.

Autopercezione del proprio peso corporeo
Pool ASL PASSI 2010-13

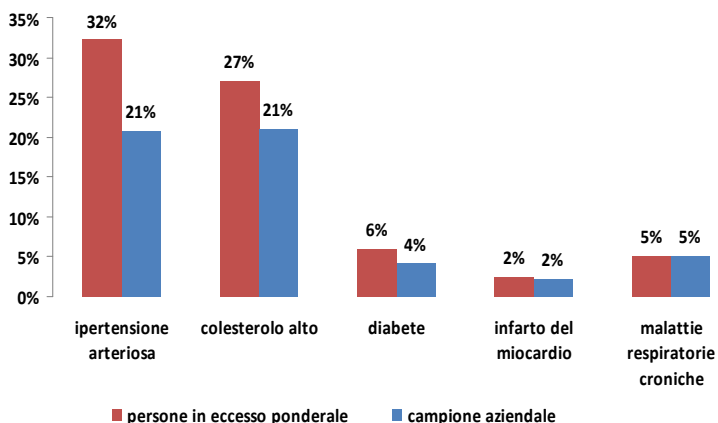


Lo stato di salute delle persone in eccesso ponderale

Le persone in sovrappeso o obese mostrano profili di salute più critici di quelli della popolazione generale, sopportano un maggior carico di malattia e più frequentemente di altre dichiarano di soffrire di patologie croniche, quali ipertensione, ipercolesterolemia e diabete.

Nell'A.ULSS 18, il 31,7% delle persone in eccesso ponderale riferisce di aver avuto una diagnosi di ipertensione arteriosa (vs il 20,6% dei residenti dell'Azienda), il 26,8% di ipercolesterolemia (vs il 21,1%), il 5,9% di diabete (vs il 3,8%), il 5,2% riferisce una malattia respiratoria cronica (vs il 4,5%) ed il 2,4% di aver avuto un infarto del miocardio (vs il 1,9%).

Salute delle persone in eccesso ponderale
ULSS 18 - Anni 2010-13

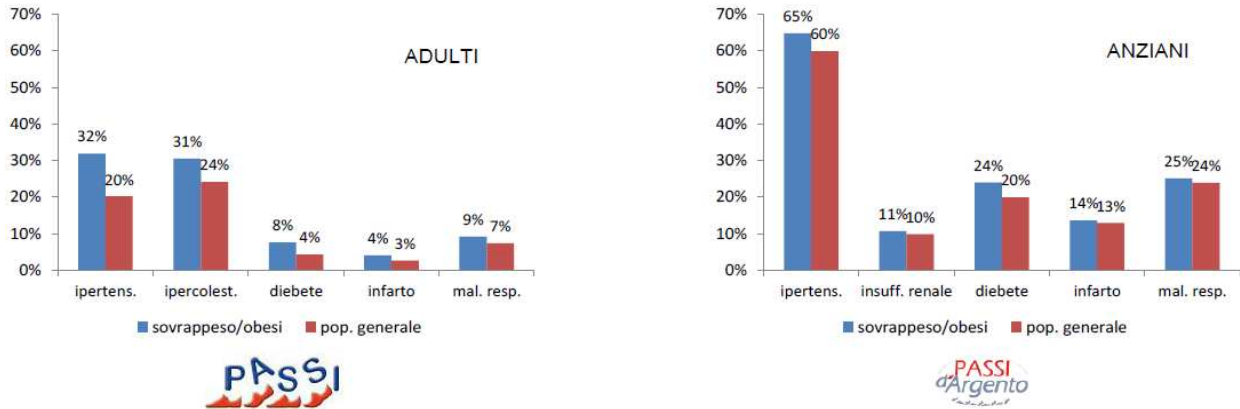


PASSI e PASSI d'Argento

Anche a livello di **Pool di ASL PASSI** gli adulti sovrappeso/obesi soffrono più frequentemente di ipertensione, ipercolesterolemia e diabete; così come gli anziani ultra64enni in eccesso ponderale hanno profili di salute più critici rispetto alla popolazione generale: sono, in particolare, più frequentemente ipertesi (65% vs 60%) e diabetici (24% vs 20%).

Profilo di salute delle persone in eccesso ponderale

Pool ASL PASSI 2010-13 e PASSI d'Argento 2012-13

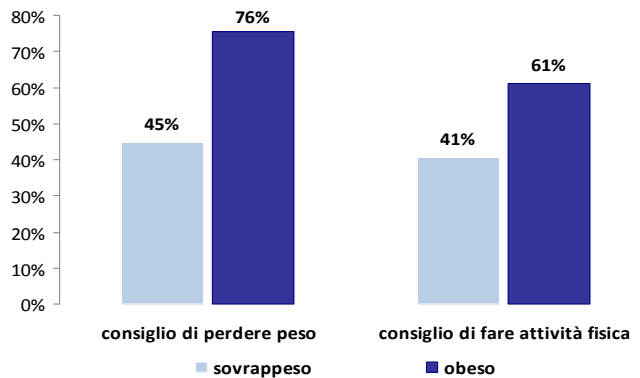


Quante persone in eccesso ponderale ricevono consigli di perdere peso e fare attività fisica dagli operatori sanitari? ... e con quale effetto?

Nell'A.ULSS 18, oltre 5 persone in eccesso ponderale su 10 (51,6%) hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario.

Il 45,2% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica: il 40,7% sono sovrappeso ed il 61,2% obeso.

Consigli dei sanitari alle persone in eccesso ponderale ULSS 18 - Anni 2010-13



Il suggerimento di mettersi a dieta per perdere peso o fare attività fisica fornito da un operatore sanitario è fondamentale affinché ciò accada perché chi riceve questo consiglio, più frequentemente di chi non lo riceve, si metterà a dieta.

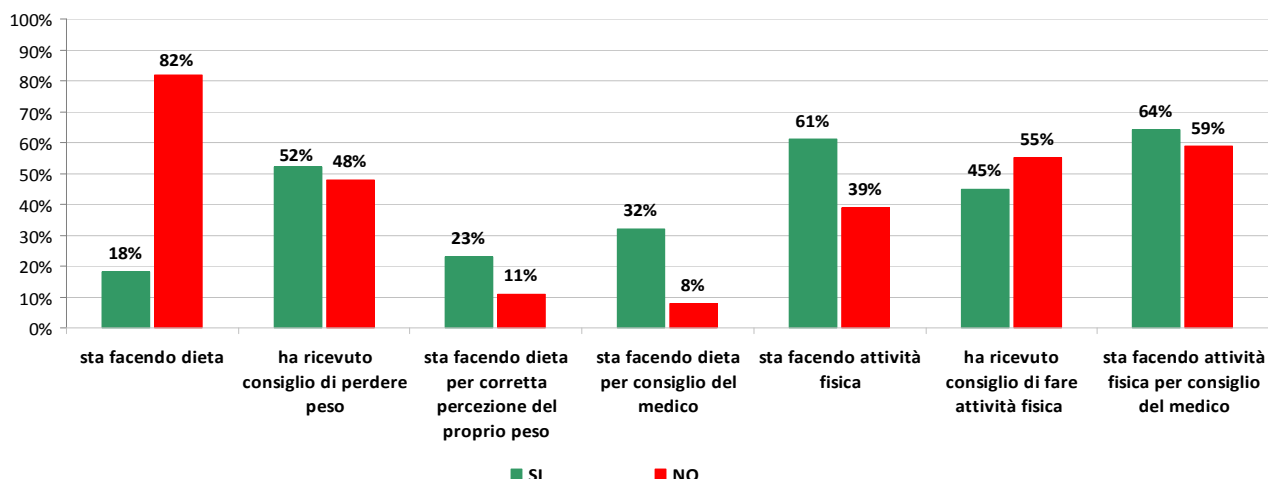
Nell'A.ULSS 18, il 18,1% delle persone sovrappeso e obese ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il peso; di queste il 16,1% sono sovrappeso e il 26,1% obeso, il 14,0% sono di sesso maschile ed il 24,4% femminile.

Sta seguendo una dieta il 18,1% delle persone in eccesso ponderale: il 22,7% per corretta percezione del proprio peso e l'11,6% nonostante ritengano il proprio peso più o meno giusto; il 31,5% in seguito ai consigli di un medico o di un operatore sanitario, l'8,0% nonostante non abbiano ricevuto alcun consiglio.

Per quanto riguarda l'attività fisica il 61,3% delle persone in eccesso ponderale svolge una attività fisica almeno moderata, di queste il 63,5% sono sovrappeso e il 53,2% obeso; il 64,3% esegue attività fisica dopo il consiglio dell'operatore sanitario, mentre il 59,1% la svolge nonostante non abbia ricevuto consigli.

I consigli degli operatori sanitari ed i loro effetti

ULSS 18 - Anni 2010-13



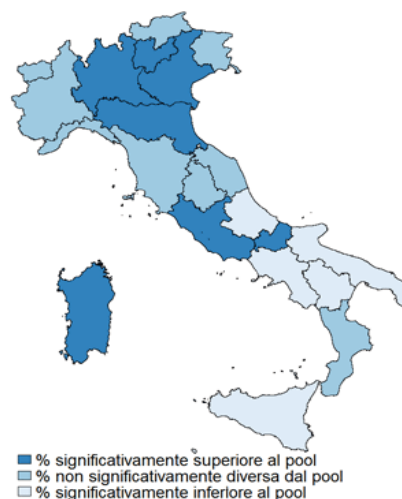
Regione Veneto e Pool ASL PASSI

In **Veneto** nel 2010-2013, la percentuale di persone in eccesso ponderale che ha ricevuto il consiglio di fare una dieta è stata del 54% (il 46% dei sovrappeso ed il 77% degli obesi), mentre nel **Pool di ASL** hanno ricevuto il consiglio il 52% delle persone in eccesso ponderale, con una percentuale che sale al 77% tra gli obesi, ma rimane bassa (43%) tra coloro che sono in sovrappeso.

In termini di distribuzione geografica non si evidenziano gradienti significativi dell'attenzione da parte degli operatori al problema: la percentuale più alta di persone in eccesso ponderale che riferisce di aver ricevuto il consiglio di fare una dieta si registra in Sardegna (62%), in alcune Regioni del Centro (Molise, 58%) e del Nord (P.A. di Trento, 57%), mentre quella più bassa si osserva in Basilicata (28%). Comunque l'attenzione degli operatori al problema si è ridotta in maniera significativa in tutto il Paese.

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta

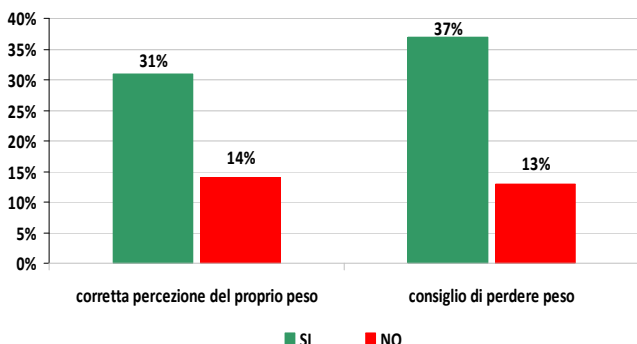
Pool ASL PASSI 2010-13



In Lombardia non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

Attuazione di una dieta

% di "sovrappeso/obesi" che attuano una dieta per autopercezione del proprio peso e per consiglio dell'operatore sanitario
Pool ASL PASSI 2010-13



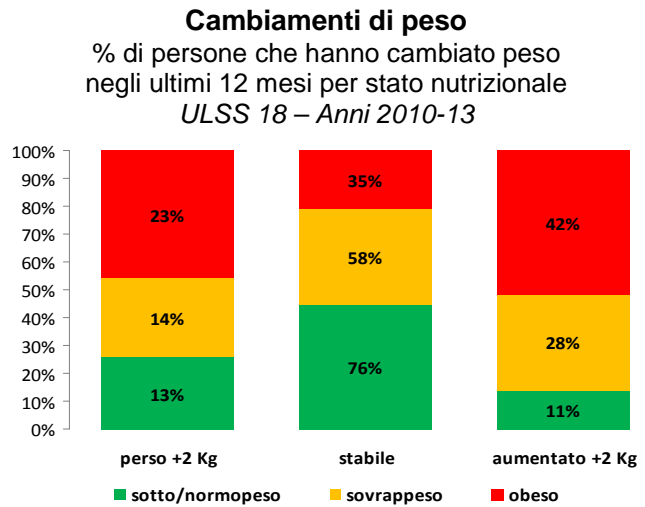
Nel **Pool di ASL** ancora meno frequente è il consiglio di praticare attività fisica per perdere peso: il 37% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto questo consiglio (ovvero il 34% fra i sovrappeso e il 48% fra gli obesi). Fortunatamente, fare attività fisica è una pratica meno influenzata dal consiglio del medico di quanto lo sia il consiglio di mettersi a dieta: fa attività fisica il 69% delle persone in eccesso ponderale che ricevono il consiglio di praticarla e il 61% di chi il consiglio non lo riceve.

Il 37% di chi riferisce di aver ricevuto il consiglio di perdere peso segue una dieta, mentre solo il 13% la segue non avendo ricevuto questo consiglio.

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

Nell'A.ULSS 18, il 20,2% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.

La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata nelle persone già in eccesso ponderale (41,6% obesi e il 28,5% sovrappeso vs 10,8% normopeso), nelle donne (22,5%) rispetto agli uomini (18,9%), nella fascia di età 35-49 anni (23,2%) vs i 18-34 anni (17,1%) e 50-69 anni (19,5%).



Conclusioni

Nel territorio dell'Azienda ULSS 18 l'eccesso ponderale risulta piuttosto diffuso, in quanto si stima riguardi, secondo le rilevazioni PASSI, circa metà della popolazione, con oltre il 60% nella classe di età 50-69 anni. Il dato locale risulta superiore sia rispetto alla media nazionale (41%) che a quella del Veneto (40%), rappresentando quindi un rilevante problema di salute pubblica.

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel Sistema di Sorveglianza PASSI rispetto a quella calcolata su dati misurati, ma PASSI è valido per valutare i trend temporali e le differenze territoriali; nell'esaminare la prevalenza in sottogruppi della popolazione, bisogna tener conto che la sottostima è maggiore tra le donne e aumenta considerevolmente sopra i 65 anni. Nonostante la sottostima, nell'Azienda ULSS 18 l'eccesso ponderale colpisce oltre 55.000 persone di età compresa tra 18 e 69 anni, di cui circa 11.500 risultano obesi e 43.800 in sovrappeso.

Una particolare attenzione nei programmi preventivi dovrebbe essere posta quindi particolarmente alle persone in sovrappeso, che risultano essere circa 4 su 10. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: circa 6 persone su 10 percepiscono il proprio peso come "più o meno giusto", meno di 2 su 10 sta facendo una dieta per perdere o mantenere il peso, però quasi 3 persone su 10 sono aumentate di almeno 2 Kg di peso nell'ultimo anno e 6 solo su 10 svolgono attività fisica almeno moderata.

Dai dati di letteratura emerge che ridurre l'eccesso ponderale della popolazione è possibile solo con la combinazione di molteplici interventi: sull'individuo, sul sistema sanitario e sul sistema di vita. Per quanto riguarda l'individuo importanti sono i consigli ed il sostegno del Medico di Medicina Generale, spesso il primo operatore a confrontarsi con il problema legato al peso del proprio assistito. Compito del Sistema Sanitario è realizzare attività di promozione di sani stili di vita anche in ambito clinico. Importanti sono anche gli interventi sul contesto di vita, caratterizzato da disuguaglianze sociali e da un ambiente "obesogenico", contraddistinto dalla crescente presenza di alimenti a scarso valore nutrizionale ma gustosi, ipercalorici, a basso costo e promossi da un marketing industriale sempre più pervasivo. A ciò si aggiunge la presenza di un ambiente "fisico" che non facilita l'attività motoria quotidiana, per la carenza ad esempio di piste ciclabili e pedonabili, di trasporti pubblici efficienti, di aree verdi piacevoli e sicure.

Regione del Veneto e Aziende ULSS sono impegnate nella promozione di sani stili di vita sia attraverso il programma “Guadagnare salute – rendere facili le scelte salutari”, che mira ad aumentare il valore della “salute in tutte le politiche”, sia attraverso il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, comprendenti numerosi interventi multisettoriali e multidisciplinari, che promuovono alleanze e integrazioni tra i vari Enti ed Associazioni per affrontare globalmente il problema dell’eccesso ponderale.

La corretta alimentazione rientra nel macro-obiettivo “Riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT)” e nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018. Pertanto la Regione Veneto, con gli obiettivi di aumentare il consumo di frutta e verdura e ridurre il consumo eccessivo di sale, ha programmato una serie di azioni per prevenire le MCNT, sia promuovendo il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l’adozione di comportamenti sani (attività fisica, alimentazione...) nella popolazione giovanile e adulta, sia aumentando l’offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio.

Nel territorio dell’Azienda ULSS 18 sono in essere progetti di promozione di corretti stili alimentari che coinvolgono principalmente, ma non esclusivamente, la popolazione scolastica, con percorsi didattici adatti alle diverse tappe evolutive dei bambini.

Consumo di alcol

L'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute; bere è una libera scelta individuale e familiare, ma è necessario essere consapevoli che rappresenta comunque un rischio per la salute propria e, spesso, anche per quella degli altri. A differenza del fumo, i cui effetti negativi sulla salute possono manifestarsi dopo decenni, l'alcol può esporre a rischi anche in seguito ad un singolo episodio di consumo, spesso erroneamente valutato come moderato. E' noto, infatti, che possono essere sufficienti appena 2 bicchieri di una bevanda alcolica per incrementare notevolmente il rischio di incidenti stradali causati dal rallentamento della capacità di reagire prontamente agli stimoli acustici, luminosi e spaziali.

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcolici ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché l'alcol costituisce uno dei principali fattori di rischio di malattie croniche (tumori, malattie cardiovascolari, cirrosi del fegato e diabete), provoca malattie neuropsichiatriche ed alterazioni psico-motorie che possono causare traumi (incidenti stradali, infortuni sul lavoro, episodi di violenza, suicidi), può creare dipendenza, problemi di salute materno-infantile, ecc... .

La stima della mortalità alcol-attribuibile per l'Italia, elaborata dall'Osservatorio Nazionale Alcol, mostra che in Italia nel 2010 complessivamente 16.829 persone, di cui 11.670 uomini e 5.159 donne di età superiore ai 15 anni, sono morti per cause totalmente o parzialmente attribuibili al consumo di alcol. La mortalità alcol-correlata è suddivisibile in 3 categorie a seconda dell'impatto che il consumo di alcol ha sulle cause che possono determinare il decesso:

1. malattie totalmente alcol-attribuibili: sono le patologie per cui la causa di morte è interamente dovuta al consumo di alcol (ad esempio, gastrite alcolica);
2. malattie parzialmente alcol-attribuibili: sono le malattie per cui la causa di morte è solo parzialmente attribuibili ad un consumo dannoso di alcol e sono prevalenti nelle fasce di età anziane (ultra 60enni);
3. cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti alcol-attribuibili: le cause di morte sono parzialmente attribuibili ad un consumo dannoso di alcol e sono più frequenti nelle classi di età giovanili (incidenti stradali) e negli anziani (cadute).

Sommando le 3 diverse categorie si stima che il 4% del totale dei decessi nei maschi e il 2% nelle femmine sono attribuibili al consumo di alcol.

I rischi di danni alcol-correlati variano in funzione della quantità complessiva di alcol bevuta abitualmente, della quantità assunta in una singola occasione e delle modalità e del contesto di assunzione. Anche piccole quantità di alcol comportano rischi per la salute, non è quindi possibile individuare una soglia di sicurezza assoluta; vi sono tuttavia livelli di consumo al di sotto dei quali il rischio viene considerato "moderato", ma non è possibile stabilire limiti al di sotto dei quali i rischi si annullano. Per definire il consumo "moderato", le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato livelli e modalità di consumo che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili; il consumo è definito "a maggior rischio" se vengono superati tali limiti. Per consumo a "basso rischio" si intende l'assunzione a stomaco pieno di 2 Unità Alcoliche al giorno per il maschio adulto e sano e l'assunzione a stomaco pieno di 1 Unità Alcolica al giorno per la femmina adulta e sana e non in stato di gravidanza.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda l'astensione dalle bevande alcoliche nelle seguenti situazioni: età inferiore a 18 anni e superiore a 60-65 anni, gravidanza e allattamento, guida di veicoli, situazioni lavorative, malattie causate o aggravate dall'alcol, recenti stress o eventi luttuosi, disturbi mentali in corso o pregressi, uso di farmaci, eccesso ponderale, uso di sostanze psicoattive, familiarità per alcolismo.

Il danno causato dall'alcol, oltre che alla persona che beve, può estendersi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società, pertanto l'impatto economico è notevole: i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, pare ammontino a più dell'1% del PIL (Prodotto Interno Lordo).

La mortalità alcol-correlata, acuta o cronica, è evitabile attraverso azioni di contrasto le cui competenze non sono esclusivamente sanitarie, ma devono coinvolgere i settori dei trasporti, della regolamentazione della vendita e somministrazione di bevande alcoliche, ma anche del marketing, le cui modalità possono contribuire a determinare valori d'uso influenti sul rischio alcol-correlato tra i giovani, in particolare quelli al di sotto dell'età minima legale, che in Italia è di anni 18.

Gli indicatori PASSI

PASSI misura il consumo di alcol in *unità alcoliche standardizzate* (UA). L'UA corrisponde a 12 grammi di alcol puro (etanolo), quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

PASSI monitora diversi aspetti del **consumo a maggior rischio** mediante indicatori specifici:

- **consumo abituale elevato**: per gli uomini più di 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni e per le donne più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni;
- **consumo binge**: per gli uomini consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 5 o più UA e per le donne 4 o più UA in una singola occasione¹;
- **consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto**;

Poiché una persona può appartenere a più di una categoria di **consumo "a rischio"** la percentuale di persone con consumo "a maggior rischio" non corrisponde alla somma delle percentuali delle persone con singoli comportamenti a rischio (consumo fuori pasto e/o binge e/o abituale elevato).



Nel territorio dell'Azienda ULSS 18, quante persone consumano alcol e con che modalità?

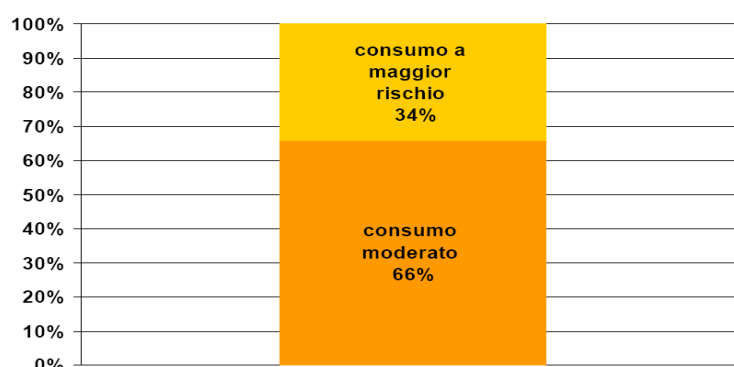
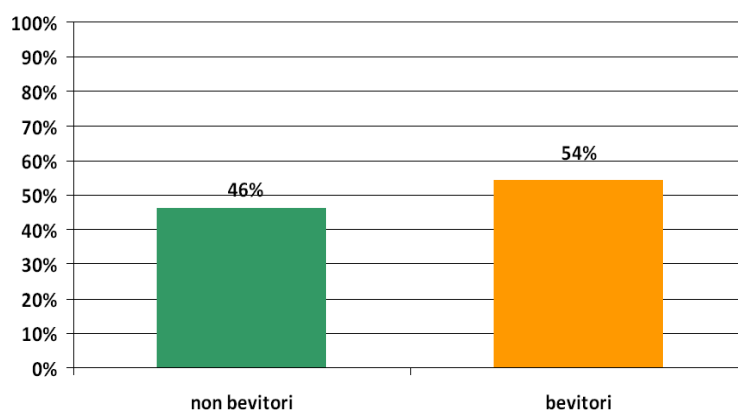
Nell'A.ULSS 18 nel quadriennio 2010-2013, la percentuale di consumatori di alcol, cioè di chi ha consumato almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni, è risultata pari al 54,0%, mentre nel periodo 2008-2011 era del 55,0%.

Per quanto riguarda le modalità di consumo tra gli intervistati, la percentuale stimata dei consumatori di "elevate quantità" di alcol è del 6,5%, dei consumatori *binge* del 6,4% e dei consumatori "fuori pasto" dell'8,5%, tra tutti gli intervistati.

Il consumo a maggior rischio, determinato dal consumo "fuori pasto" e/o consumo *binge* e/o consumo abituale "elevato", è risultato pari al 18,8%, non corrispondendo alla somma dei singoli comportamenti in quanto una persona può appartenere a più di una categoria.

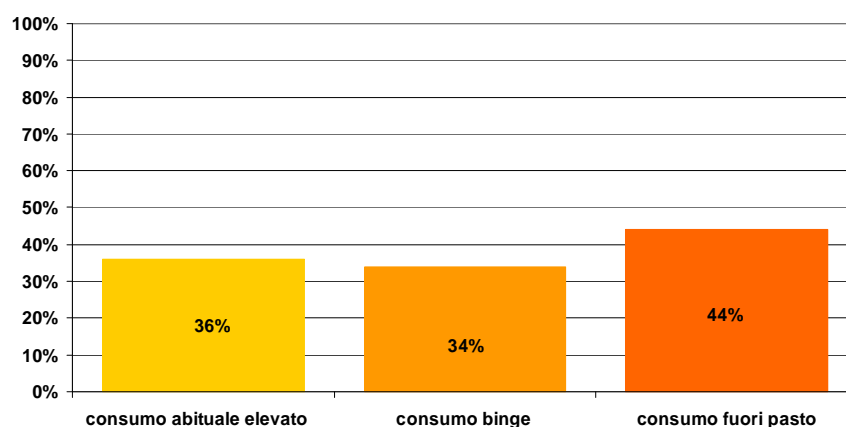
Consumo di alcol e modalità di consumo

ULSS 18 - Anni 2010-13



Consumo e modalità di consumo tra i "bevitori"

ULSS 18 - Anni 2010-13



Quali sono le caratteristiche socio-demografiche delle persone con consumo "a maggior rischio" e "binge"?

Nell'A.ULSS 18 nel periodo 2010-13, il 34% di chi consuma alcolici è classificabile come consumatore di alcol "a maggior rischio" perché consumatore fuori pasto e/o consumatore *binge* e/o consumatore abituale elevato.

Il consumo "a maggior rischio" è molto più frequente tra i giovani di età 18-24 anni (43,3%) seguiti dai 25-34enni (25,3%) e dai 35-49 e 50-69enni (con circa 14%), tra gli uomini (24,6%) rispetto alle donne (12,9%), tra le persone con livello di istruzione medio-alto (in media il 21%) rispetto a quelle con livello medio-basso (in media il 14%) e tra quelle che dichiarano di avere molte difficoltà economiche (25,7%) rispetto a quelle con qualche difficoltà (16,9%) e nessuna difficoltà (19,2%), mentre per quanto riguarda la cittadinanza

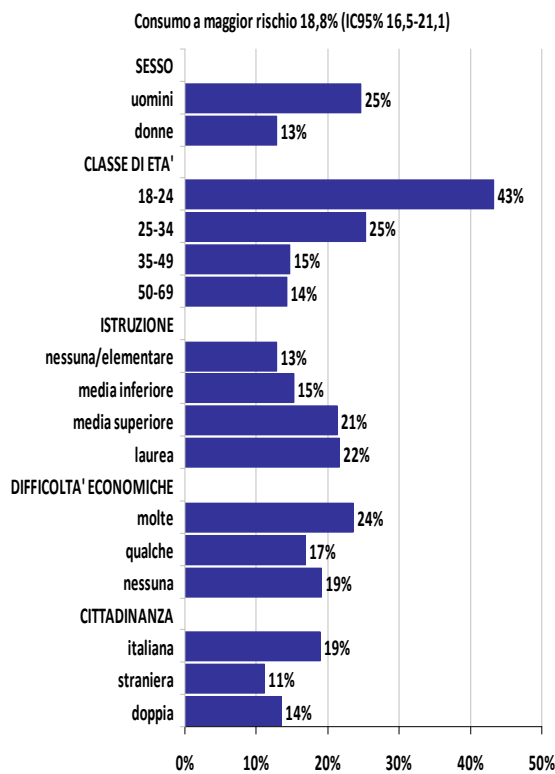
sono soprattutto le persone con cittadinanza italiana (18,9%) rispetto alla doppia cittadinanza (13,5%) e agli stranieri (11,1%).

I consumatori *binge* risultano essere il 6,3% degli intervistati che consumano bevande alcoliche.

Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche, il consumo *binge* è più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni (in media 9%) seguiti dai 35-49enni (6,8%) e 50-69enni (4,1%), tra gli uomini (9,5%) rispetto alle donne (3,3%), tra le persone con laurea/diploma universitario e scuola media superiore (con circa il 7%) e scuola media inferiore (6,1%) rispetto a quelle con nessun titolo o con scuola elementare (3,8%) e tra quelle che dichiarano di non avere difficoltà economiche (6,8%) e qualche difficoltà (6,2%) rispetto a quelle con molte difficoltà (5,5%), mentre per quanto riguarda la cittadinanza sono esclusivamente le persone con cittadinanza italiana (6,5%).

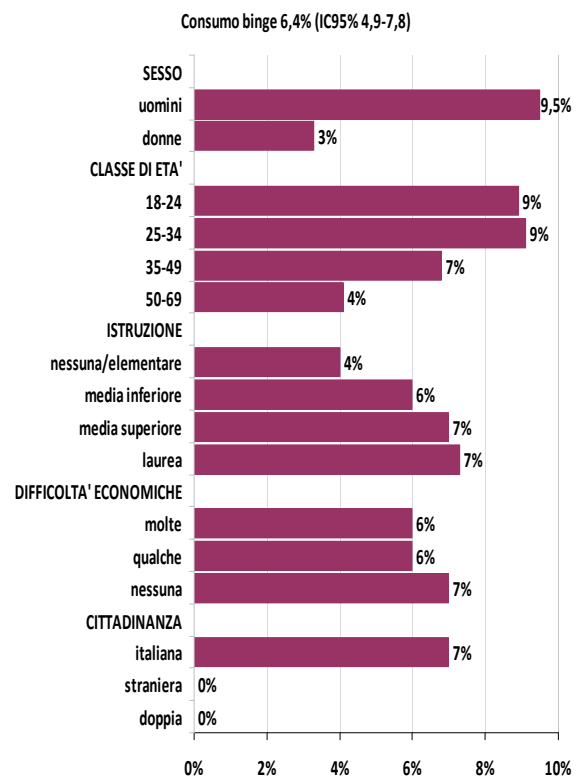
Consumatori a maggior rischio

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ULSS 18 - Anni 2010-13

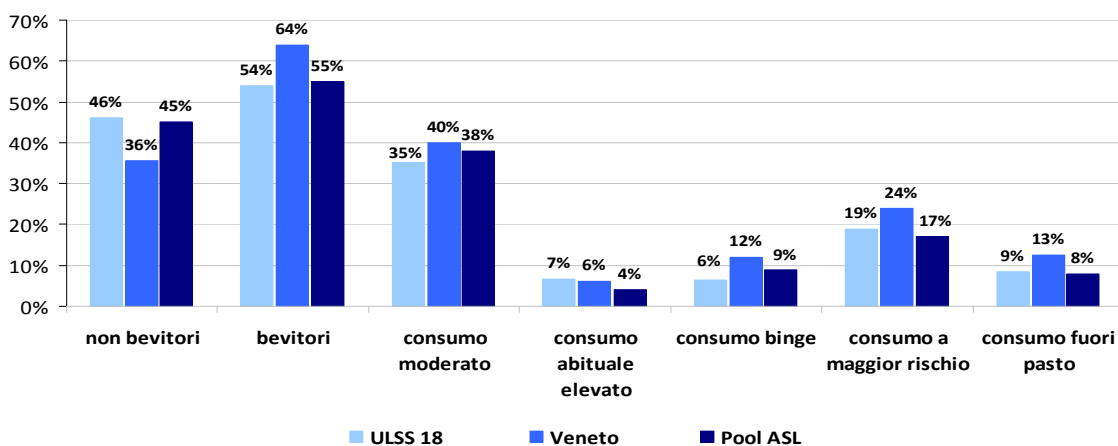


Consumatori *binge*

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ULSS 18 - Anni 2010-13



Consumo e modalità di consumo di alcol ULSS 18, Veneto, Pool ASL PASSI - Anni 2010-13



Regione Veneto e Pool ASL PASSI

In **Veneto** nel quadriennio 2010-2013, i consumatori abituali sono risultati essere il 64% degli intervistati.

Nel **Pool ASL PASSI** 2010-13 poco meno della metà della popolazione adulta italiana (45%) non consuma bevande alcoliche, il 38% beve moderatamente, mentre il 17% ha un consumo di alcol "a maggior rischio" per quantità o modalità di assunzione, con una proporzione significativamente più elevata fra i giovani (18-24 anni, 34%) e gli uomini (23%), fra le persone senza difficoltà economiche (19%) e fra quelle con un titolo di studio più elevato (19%); i consumatori binge sono pari al 9%, con le stesse caratteristiche socio-demografiche dei consumatori "a maggior rischio", cioè giovani (18-24 anni, 14%), di sesso maschile (13%), persone senza difficoltà economiche (10%) e con un titolo di studio più elevato (10%).

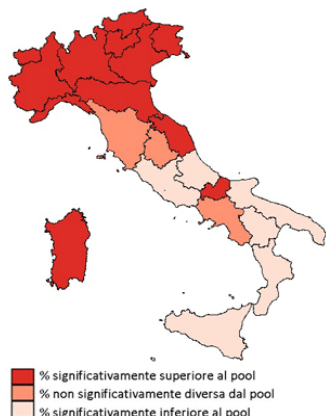
La distribuzione del consumo alcolico "a maggior rischio" disegna un chiaro gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione nelle Regioni settentrionali (nella P.A. Bolzano con il 40% e in Friuli Venezia-Giulia con il 29%, la prevalenza di consumo è più elevata); tuttavia, anche due realtà centro-meridionali, Molise (28%) e Sardegna (21%), fanno registrare consumi superiori alla media nazionale.

Anche la prevalenza del binge drinking è sensibilmente più elevata nella macro-area del Nord, la P.A. di Bolzano presenta i valori più alti (21%), ma anche in alcune Regioni meridionali, come il Molise (17%); la Sicilia registra quelli più bassi (3%).

Nel periodo 2010-2013 a livello nazionale, risulta decisamente alta la proporzione di persone che assumono alcol, pur avendo una controindicazione assoluta: ben il 46% dei pazienti con malattie del fegato e il 28% delle donne in gravidanza consumano alcol nonostante le avvertenze.

Consumo "a maggior rischio"

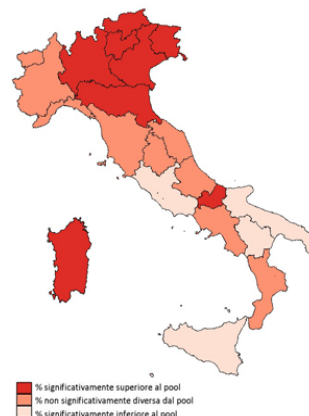
Prevalenze per Regione
Pool di ASL PASSI 2010-13



In Lombardia e Basilicata non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

Consumo binge

Prevalenze per Regione
Pool di ASL PASSI 2010-13



In Lombardia e Basilicata non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

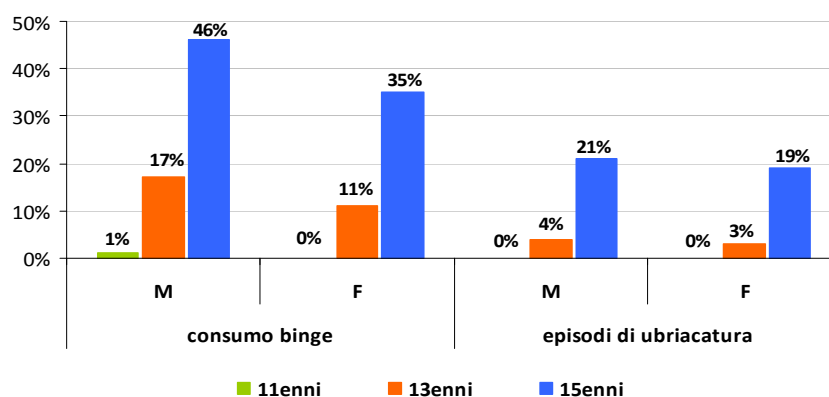
HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)

In **Veneto**, secondo i dati HBSC rilevati nel 2014, i giovani che hanno riferito di aver consumato 5 o più bicchieri di bevande alcoliche in una unica occasione (consumo *binge*) sono più del 19%; tale modalità di consumo aumenta con l'aumentare dell'età, passando dall'1% degli 11enni al 14% dei 13enni per arrivare al 40% dei 15enni. Il consumo *binge* di alcol è più diffuso nei ragazzi rispetto alle loro coetanee.

Gli adolescenti che si sono ubriacati 2 o più volte nell'arco della vita sono il 7,5%; anche questo fenomeno è più frequente tra i ragazzi rispetto alle ragazze e tra i 15enni rispetto ai 13enni e agli 11enni.

La percentuale di ragazzi delle 3 età indagate che dichiara di aver avuto episodi di ubriacatura è in diminuzione rispetto alle rilevazioni precedenti (anni 2002, 2006 e 2010).

Consumo *binge* ed episodi di ubriacatura HBSC - Veneto 2014



PASSI e PASSI d'Argento

Nel 2013 in **Veneto**, il 64% della popolazione tra i 18 e 69 anni, intervistata nell'ambito del Sistema di Sorveglianza PASSI, dichiara di essere bevitore (ha consumato negli ultimi 30 giorni almeno 1 unità di bevanda alcolica), abitudine più diffusa tra uomini rispetto alle donne (78% vs 49%).

I dati raccolti dal Sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento in **Italia** mostrano che il 40% degli ultra65enni consuma abitualmente bevande alcoliche (58% uomini vs 28% donne) e il 19% (33% uomini vs 9% donne) ne fa un consumo "a rischio", ovvero beve abitualmente più di 1 unità alcolica al giorno.

In **Veneto** tra gli ultra65enni il 49% consuma alcolici, ed anche in questo caso il consumo è maggiore negli uomini rispetto alle donne (67% vs 37%). Complessivamente 1 su 4 (26%) degli ultra65enni è bevitore "a rischio", pari a 1 persona su 2 delle persone che bevono alcol. La proporzione di consumatori di alcol "a rischio" è significativamente più elevata tra coloro che hanno un'età compresa tra 65 e 74 anni (24%), tra gli uomini (32% vs 9% tra le donne), tra le persone che hanno un livello di istruzione più elevato (24%) e che hanno dichiarato di arrivare a fine mese senza difficoltà economiche (25%).

Il consumo di alcol "a rischio" risulta, inoltre, significativamente più elevato tra le persone che non hanno malattie croniche rispetto a chi ne ha 3 o più.

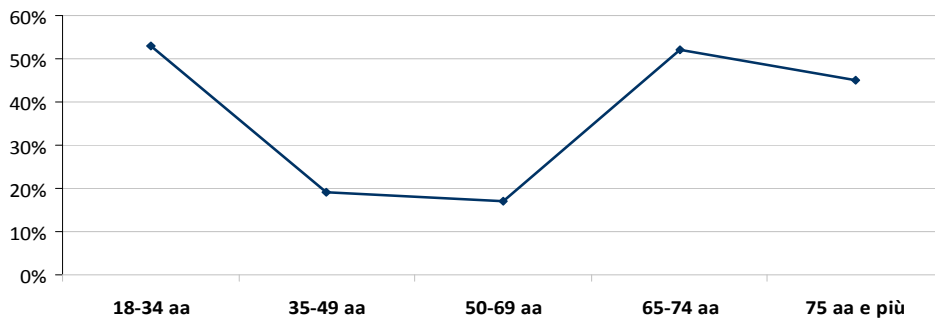
Tra i consumatori di alcol "a rischio" emerge che la gran parte (61%) beve non più di 2 UA al giorno: questo può far pensare che si tratti del "bere durante i pasti", abitudine acquisita nel corso della vita che si può immaginare non venga percepita come comportamento a rischio. Inoltre, tra i consumatori di alcol "a rischio", il 37% abitualmente partecipa ad attività sociali, frequenta ad esempio il centro anziani, il circolo, la parrocchia o la sede di partiti, mentre fra i consumatori di alcol "non a rischio" (coloro che bevono meno di 1 UA al giorno) la quota di persone che partecipano ad attività sociali è più bassa, pari al 24%.

Risulta alta la proporzione di ultra64enni che assumono alcol pur avendo sicuramente controindicazioni chiare: il 42% di coloro a cui è stata diagnosticata una malattia al fegato consuma alcol e il 19% ne fa un consumo a rischio.

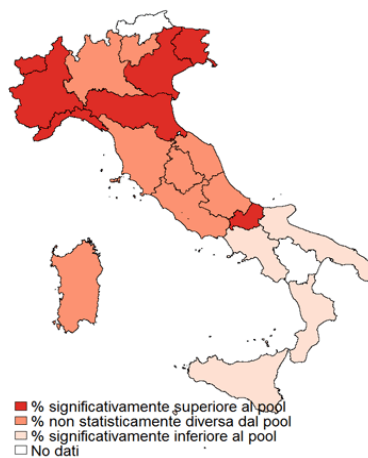
La distribuzione del consumo alcolico "a rischio" mostra un chiaro gradiente Nord-Sud a sfavore delle Regioni settentrionali: Valle d'Aosta (30%) e Veneto (26%) sono le Regioni dove si registrano le prevalenze più elevate. Tra le Regioni del Centro Italia spicca il Molise (32%), dove il consumo di alcol "a rischio" è decisamente più elevato rispetto alle Regioni vicine e alla media nazionale.

L'analisi geografica mostra che c'è maggiore attenzione da parte degli operatori sanitari a questo problema in Campania (11%) e in Calabria (11%), mentre è piuttosto bassa in Veneto (6%) e molto bassa in Lombardia, Liguria ed Emilia-Romagna (4%) e in Friuli Venezia Giulia (3%),

Consumo di alcol per classi di età in Veneto PASSI 2013 e PASSI d'Argento 2012-13



Consumo a rischio Prevalenze per regione - PASSI d'Argento 2012-13

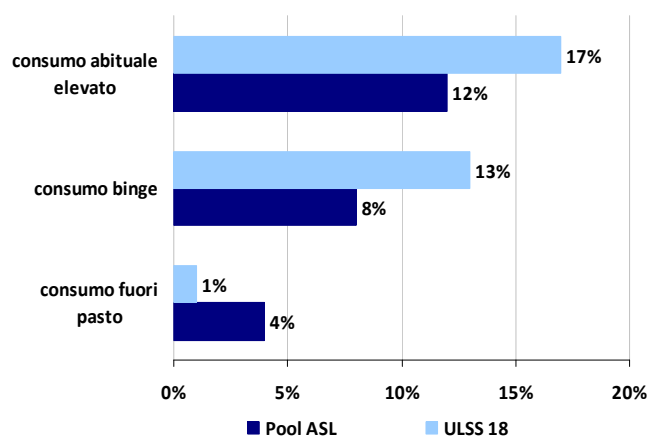


Qual è l'attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol?

I Medici di Medicina Generale e gli altri operatori sanitari dovrebbero cercare sistematicamente di individuare, tra i loro assistiti, coloro per cui il bere alcol è diventato o sta diventando un problema e un rischio. L'intervista rileva se il medico o l'operatore sanitario si è informato sull'abitudine a bere alcol e se ha fornito consigli al riguardo.

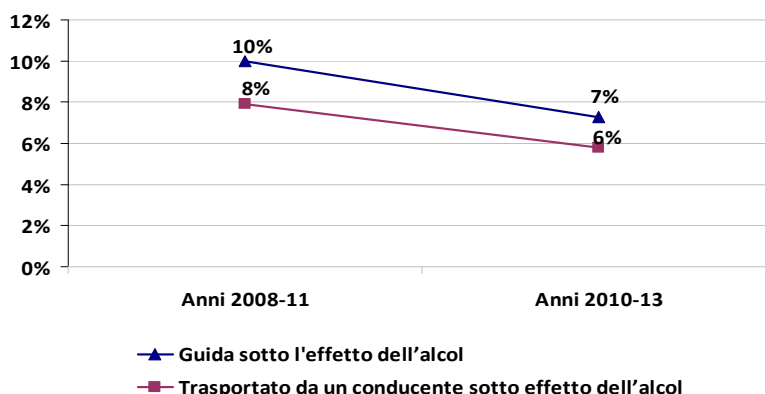
Nel periodo 2010-13 nel territorio dell'A.ULSS 18, al 20,4% degli intervistati sono state chieste informazioni sul consumo di alcol e solo il 7,3% degli intervistati con consumo "a maggior rischio" riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato di ridurre il consumo di bevande alcoliche. Bassissima, pari all'1,1%, è la prevalenza di chi ha ricevuto consigli tra le persone che bevono alcol esclusivamente o prevalentemente fuori pasto, mentre la percentuale aumenta al 12,8% tra coloro che hanno un consumo *binge* e al 16,8% in quelle con consumo abituale elevato.

Prevalenza di intervistati che hanno ricevuto il consiglio di bere meno per modalità di consumo ULSS 18-Pool ASL – Anni 2010-13



Prevalenza di intervistati che hanno dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol e di essere stati trasportati da conducente sotto effetto dell'alcol

ULSS 18 - Anni 2008-11 e 2010-13



Regione Veneto e Pool ASL PASSI

Nel quadriennio 2010-2013 nel **Pool ASL PASSI** il 10% dei conducenti riferisce di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, il 7% degli intervistati dichiara di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

L'11% degli intervistati di età 18-24 anni dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol: anche se il valore non differisce dalla media relativa a tutte le età, questo dato rimane preoccupante in quanto il rischio di incidenti associato a questo comportamento è decisamente più alto quando legato alla giovane età. Considerando poi i giovani tra 18 e 24 anni, l'8% dichiara di aver guidato dopo aver bevuto rischiando di incorrere in una sanzione certa, indipendentemente dal livello di alcolemia effettivamente accertata poiché in questa fascia d'età la soglia legale di alcolemia consentita è pari a zero.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è significativamente più elevata nella fascia d'età 25-34 anni, tra gli uomini e tra i cittadini italiani.

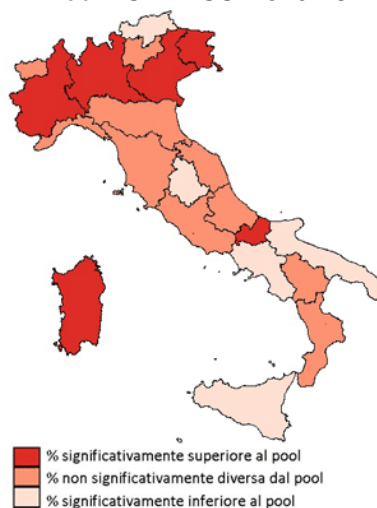
La distribuzione geografica della guida sotto l'effetto dell'alcol presenta un chiaro gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione nelle Regioni settentrionali: Friuli Venezia-Giulia (13%), ASL lombarde e in Molise (12%) e **Veneto** (11%).

Confortante è la significativa riduzione, nel periodo 2008-2013, della prevalenza dei guidatori sotto l'effetto dell'alcol in tutto il Paese, tranne nelle Regioni del Sud per le quali, comunque, il fenomeno è meno rilevante.

Guida sotto effetto dell'alcol

Prevalenze per Regione di residenza

Pool ASL PASSI 2010-13



Conclusioni

La maggioranza della popolazione di 18-69 anni dell'Azienda ULSS 18 non beve alcol (46% pari a circa 55.000 persone), tra coloro che consumano bevande alcoliche il consumo a maggior rischio riguarda il 34% delle persone. A differenza di altri fattori di rischio comportamentali, il consumo di alcol è più diffuso nelle persone con più alti livelli di istruzione.

In generale, vi è scarsa consapevolezza degli effetti negativi dell'alcol non solo tra la popolazione generale ma anche tra gli operatori sanitari. È importante pertanto sensibilizzare i cittadini ed intervenire a livello di prevenzione: sull'informazione, formazione ed educazione, specie nei confronti dei giovani in quanto categoria più esposta al rischio, e sull'attenzione degli operatori sanitari, puntando sull'attività di counselling. Andrebbero inoltre affrontate con maggiore attenzione politiche e normative che intervengono sulla commercializzazione dell'alcol.

Nel territorio dell'Azienda ULSS 18 nel quadriennio 2010-13, una minoranza piccola ma consistente pari al 7% dei guidatori non astinenti, percentuale che arriva al 18% nella classe di età 18-34 anni soprattutto di sesso maschile, ha dichiarato di guidare anche quando è sotto l'effetto dell'alcol, facendo correre seri rischi a sé e agli altri, mentre il 6% risulta essere stato trasportato da un conducente sotto l'effetto dell'alcol.

Sembra comunque che la situazione stia migliorando, nel quadriennio la percentuale è scesa, infatti, dall'11% del 2010 al 5% del 2013.

Nel programma "Guadagnare Salute" viene ribadito che è importante che gli operatori sanitari, in particolare i Medici di Medicina Generale, dedichino attenzione al consumo di alcol dei propri assistiti, in modo da consentire l'identificazione precoce dei soggetti a rischio nonché la pratica dell'intervento breve e del counselling nei confronti del consumo alcolico nocivo.

Secondo i dati PASSI solo una minoranza dei medici e degli altri operatori sanitari si informa riguardo al consumo di alcol dei propri assistiti; inoltre, ancora meno sono le persone con consumi a maggior rischio che riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di moderare il consumo. Questa è quindi un'area di intervento in cui sono possibili grandi miglioramenti.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a ridurre i danni causati dall'alcol, è stata dimostrata l'efficacia di politiche e normative che intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare prezzo, reperibilità e accessibilità del prodotto.

In quest'ottica "Guadagnare Salute" ribadisce la necessità di intervenire sul contesto "per rendere più facili le scelte salutari": far diventare l'alcol meno facilmente reperibile ed eliminare la pubblicità di bevande alcoliche rappresentano interventi appropriati per la riduzione degli effetti nocivi dell'alcol; aumentare le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute che giocano un ruolo chiave nella sensibilizzazione sull'argomento, per favorire l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.

Oltre a "Guadagnare Salute", come per gli altri fattori di rischio, nel Piano Sanitario Nazionale, nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 e nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, il consumo di alcol rientra nel macro-obiettivo "Riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT)". Altri macro-obiettivi che individuano nell'uso di alcol uno dei fattori di rischio che contribuiscono a determinare la criticità in termini di salute pubblica sono i seguenti:

- a) prevenire la dipendenza da sostanze;
- b) prevenire gli incidenti stradali;

- c) prevenire gli incidenti domestici;
- d) prevenire gli infortuni sul lavoro.

Nel PRP 2014-2018, la Regione Veneto ha programmato una serie di azioni per intervenire sul consumo di alcol, sia promuovendo il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (attività fisica, alimentazione...) nella popolazione giovanile e adulta, sia sviluppando programmi per ridurre il consumo di alcol.

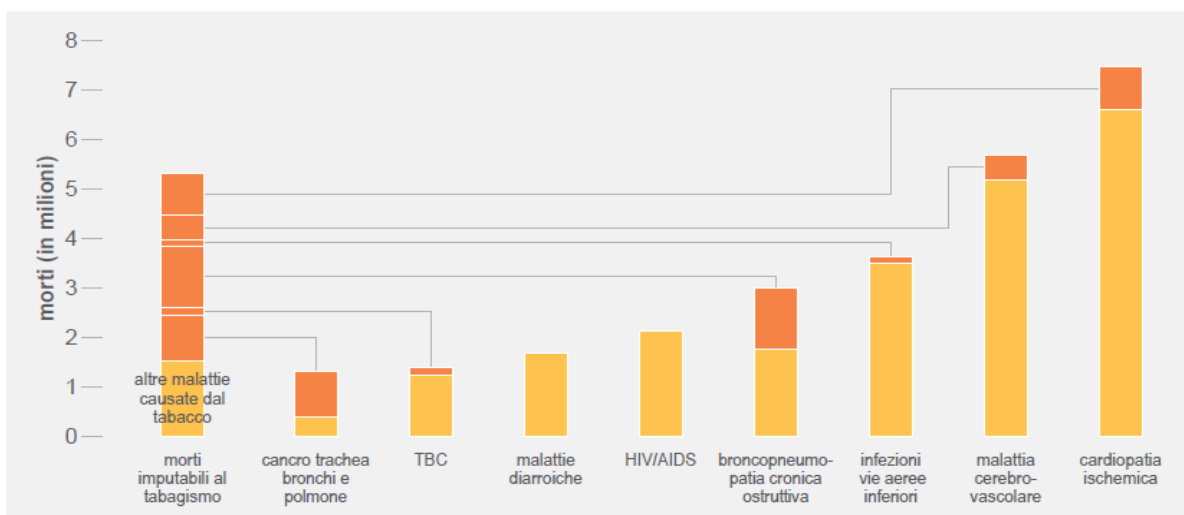
Le azioni programmate riguardano la Peer-education, la formazione del personale sanitario sulla prevenzione dei problemi alcol correlati, anche in riferimento all'area materno-infantile.

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio (bronchite cronica, enfisema, tumore del polmone, ...) e cardiovascolare (ictus, infarto, ...) ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura.

L'11% dei decessi per cardiopatia ischemica, prima causa di morte a livello mondiale, è attribuibile al fumo di tabacco, così come il 70% dei decessi per tumore dei polmoni, della trachea e dei bronchi. Nel mondo il fumo è responsabile di un decesso ogni dieci tra gli adulti e, a seconda del metodo usato, si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno, in Italia, siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenziale persi. Anche i costi economici sono molto rilevanti e non si limitano alla spesa sanitaria per curare le malattie provocate dal tabacco. Si stima che circa il 50% dei fumatori muoiano a causa del fumo, e di questi la metà muore durante il periodo più produttivo della vita; inoltre i fumatori sono meno produttivi a causa dell'aumento della morbilità.

Nella figura che segue (tratta da "Profilo di salute della Provincia di Trento 2012") sono riportate le 8 principali cause di morte e le frazioni attribuibili al fumo di tabacco (WHO World Health Statistics 2008).



Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune regioni valori paragonabili nei due sessi. Generalmente risulta in aumento la percentuale di giovani che fumano: rispetto a questo, però, il Veneto appare in controtendenza, con una riduzione dei giovani fumatori di circa 4 punti percentuali negli ultimi 4 anni.

La dipendenza dalla nicotina, caratterizzata dalla ricerca compulsiva della sostanza, è la causa che induce la maggior parte dei fumatori a fumare tutti i giorni, sebbene consapevoli dei danni provocati dal fumo. I benefici derivanti dalla cessazione dell'abitudine al fumo sono noti e cadenzati nella loro sequenza temporale. Alcuni di questi si ottengono a brevissimo termine dall'ultima sigaretta, altri impiegano mesi o anni per consolidarsi. Tutti rappresentano comunque elementi essenziali da conoscere per favorire un processo di cambiamento e una motivazione alla decisione di cessazione.

Smettere di fumare da soli è possibile, ma chi intende abbandonare la dipendenza dal tabacco può anche contare sul sostegno di professionisti ed esperti. Nel territorio nazionale sono presenti, infatti, oltre 200 ambulatori per la cessazione dal fumo di tabacco.

Ci sono numerose misure di lotta al fumo, le più efficaci e meno costose consistono in misure politiche applicabili a tutta la popolazione: divieto di pubblicità diretta o indiretta, tassazioni, aumento dei prezzi, divieto di fumare in tutti i luoghi pubblici e sul posto di lavoro.

Definizioni usate nel questionario PASSI

- **Non fumatore:** persona che dichiara di non aver mai fumato o aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma
- **Fumatore:** persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora o che ha smesso di fumare da meno di 6 mesi
- **Fumatore in astensione:** fumatore che ha smesso di fumare da meno di 6 mesi
- **Fumatore occasionale:** fumatore che non fuma tutti i giorni
- **Fumatore quotidiano:** fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno
- **Ex fumatore:** persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi

Nell'Azienda ULSS 18, quante persone hanno l'abitudine di fumare?

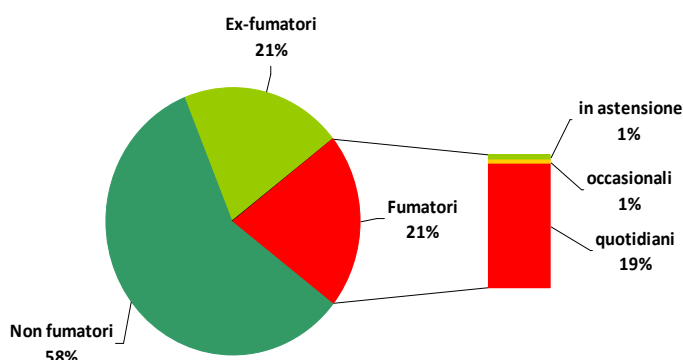
Nel periodo 2010-2013 nell'Azienda ULSS 18, si stima che tra gli adulti di 18-69 anni intervistati il 58,2% sia non fumatore, il 20,6% sia classificabile come ex-fumatore ed il 21,1% fumatore, tra questi il 19,3% ha dichiarato di fumare tutti i giorni, lo 0,7% occasionalmente e l'1,0% è in astensione.

Rispetto alla rilevazione effettuata nel periodo 2008-2011 si registra un aumento di due punti percentuali di chi dichiara di non fumare, e una conseguente diminuzione dei fumatori e degli ex-fumatori.

La percentuale media annuale dei fumatori dal 2010 al 2013 si mantiene attorno al 21%.

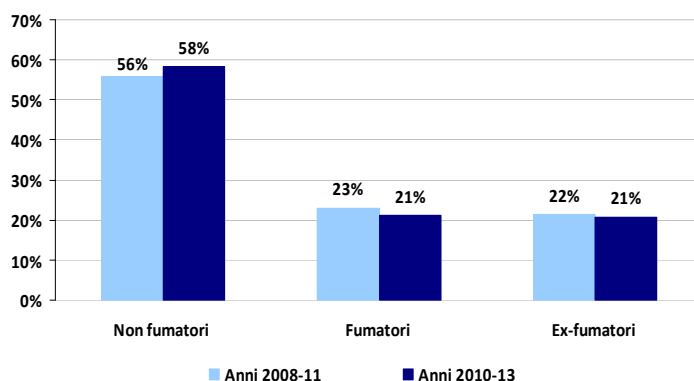
Abitudine al fumo di sigaretta

ULSS 18 - Anni 2010-13



Abitudine al fumo di sigaretta

ULSS 18 – Anni 2008-11 e 2010-13



Quali sono le caratteristiche socio-demografiche dei fumatori?

Nell'A.ULSS 18 l'abitudine al fumo è risultata essere più alta tra gli intervistati nella fascia di età 35-49 anni (24,8%), mentre nelle classi di età 18-24 e 50-69 anni la prevalenza diminuisce in modo consistente.

Ancora persiste una differenza tra gli uomini (fuma 1 su 4) rispetto alle donne (fuma 1 su 6), confermando pur tuttavia i dati di letteratura che indicano che oggi le donne fumano quasi quanto gli uomini.

La prevalenza è più elevata tra le persone con livello di istruzione intermedio, rispetto a quelle senza alcun titolo o con la licenza elementare e i laureati, e aumenta all'aumentare delle difficoltà economiche.

I fumatori sono, inoltre, più frequenti tra le persone di cittadinanza italiana.

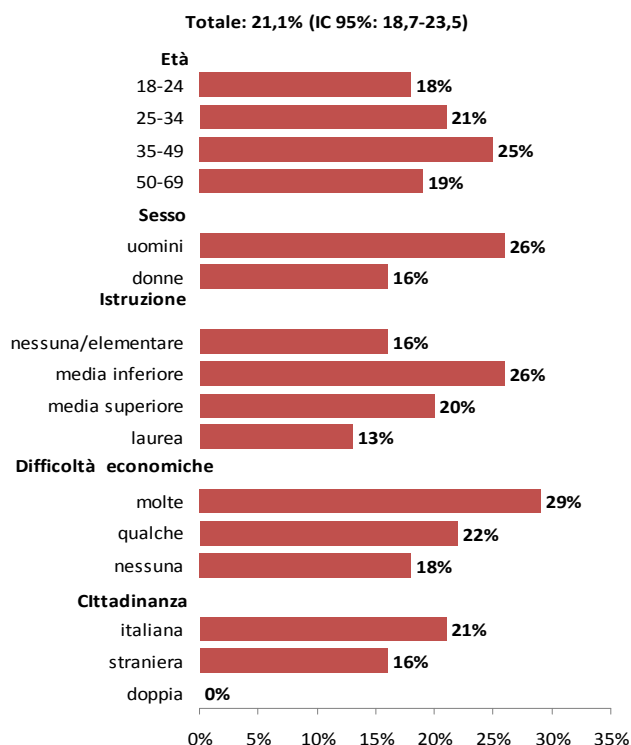
I fumatori "abituali" risultano fumare in media 11,5 sigarette al giorno.

Tra i fumatori, i "forti" fumatori, cioè coloro che ne fumano almeno 20 al giorno, sono il 20,3%, l'1,0% ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di 6 mesi per cui, in base alla definizione dell'OMS, vengono ancora considerati fumatori, i fumatori "medi" sono il 76,1%.

L'abitudine al fumo è più alta negli uomini che nelle donne (26,3% vs 15,9%), mentre tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono nettamente le donne (71,8% vs 44,7%).

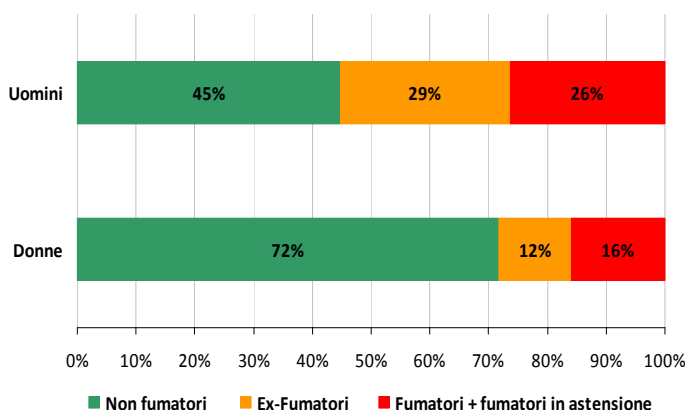
Fumatori

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ULSS 18 - Anni 2010-13

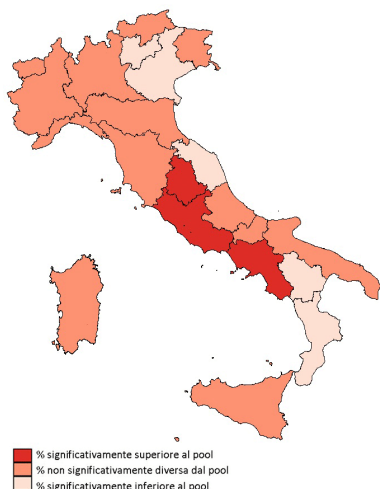


Abitudine al fumo di sigaretta per sesso

ULSS 18 - Anni 2010-13



Fumatori
Pool ASL PASSI 2010-13
Pool di ASL: 28,0% (IC95%: 27,7-28,3%)



Regione Veneto e Pool ASL PASSI

In **Veneto** nel periodo 2010-2013, i fumatori sono risultati il 24%, gli ex-fumatori il 21% e i non fumatori il 55% degli intervistati.

Da notare che dal 2008 al 2013 la proporzione di giovani fumatori tra 18 e 24 anni si è sensibilmente ridotta, passando dal 32 al 29%, con una diminuzione di circa 4 punti percentuali.

Nel **Pool di ASL** i non fumatori sono il 54%, gli ex fumatori il 18% ed i fumatori il 28%, e tra questi 1 su 4 (pari al 7% della popolazione generale) fuma più di un pacchetto di sigarette al giorno.

La prevalenza di fumatori è più alta fra le persone che riferiscono maggiori difficoltà economiche (37%), è più alta negli uomini (33%) rispetto alle donne (23%) ed è minore fra i laureati (21%), associazioni confermate dall'analisi multivariata.

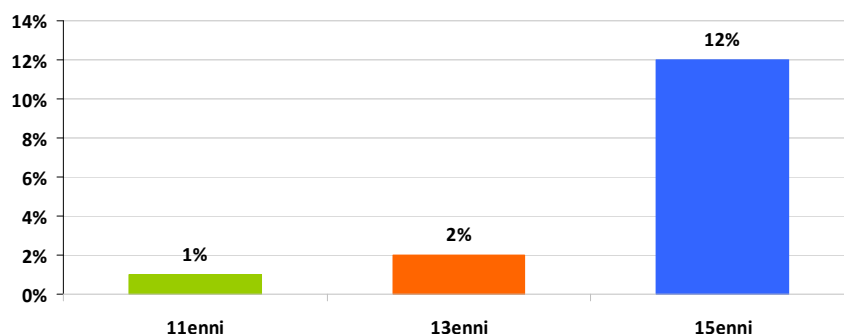
La variabilità geografica è contenuta e non si osserva un chiaro gradiente: Umbria, Lazio e Campania si caratterizzano come le Regioni con la più alta prevalenza di fumatori, pari al 31%, mentre Veneto (24%) e P.A. di Trento e Valle d'Aosta (25%) Marche, Calabria, Basilicata e P.A. di Bolzano (26%) sono le Regioni con valori significativamente più bassi della media nazionale.

HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)

I dati HBSC confermano una riduzione della proporzione di giovani fumatori, rilevata per la classe di età 18-24 anni dal Sistema di Sorveglianza PASSI 2010-2013 ed evidenziano, nel 2014, che l'abitudine al fumo cresce velocemente con l'aumentare dell'età: il consumo quotidiano di tabacco appare quasi assente nel campione di 11enni (1%), mentre nei 15enni tale percentuale è pari al 12%. Inoltre, i 15enni che dichiarano di aver sperimentato il fumo sono più del doppio dei 13enni e che i valori più alti si riscontrano nei ragazzi rispetto alle loro coetanee per tutte e tre le età considerate.

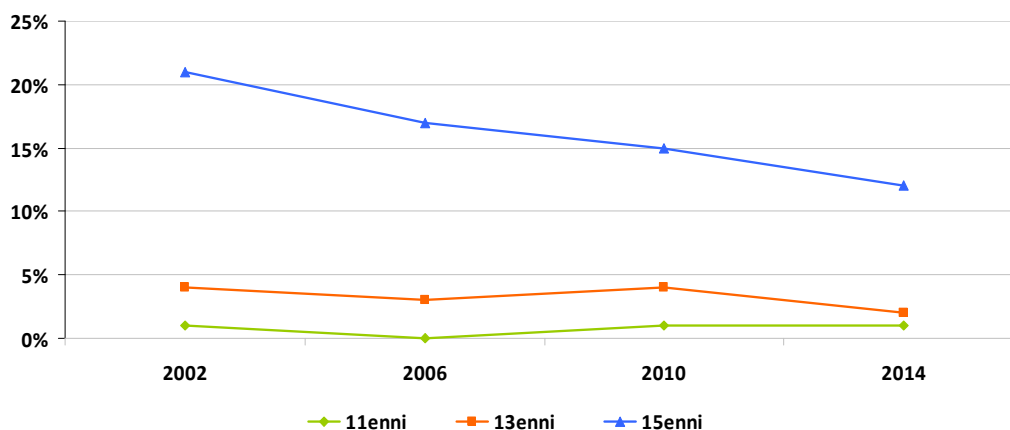
Abitudine al fumo negli adolescenti

Veneto - HBSC 2014



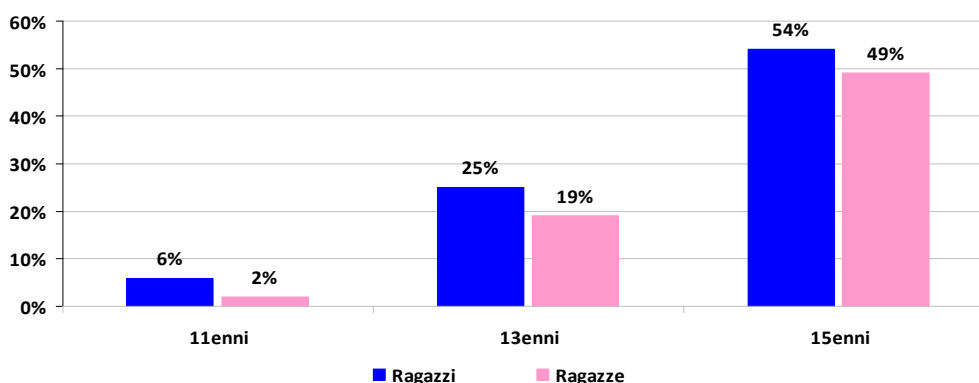
Andamento dell'abitudine del fumo negli adolescenti

Veneto - HBSC 2002-2006-2010-2014



Sperimentazione del fumo di tabacco negli adolescenti

Veneto - HBSC 2014



PASSI e PASSI d'Argento

L'abitudine al fumo

A **livello nazionale** dopo i 65 anni fuma 1 persona su 10 (9,9%), circa 3 anziani su 10 sono ex-fumatori e i restanti 6 sono non fumatori. Oltre la metà dei fumatori consuma più di 10 sigarette al giorno.

Si rileva una generale diminuzione del consumo di sigarette con l'avanzare dell'età, con differenze fra uomini e donne che rimangono importanti: in media 5 punti percentuali di differenza.

La prevalenza di fumatori è più alta fra le persone che riferiscono maggiori difficoltà economiche (13%), è maggiore fra gli uomini (13%) rispetto alle donne (8%) e tra gli anziani nella fascia di età 65-74 anni (14%) rispetto agli over-75enni (75-84 aa 8%, 85 aa e più 3%).

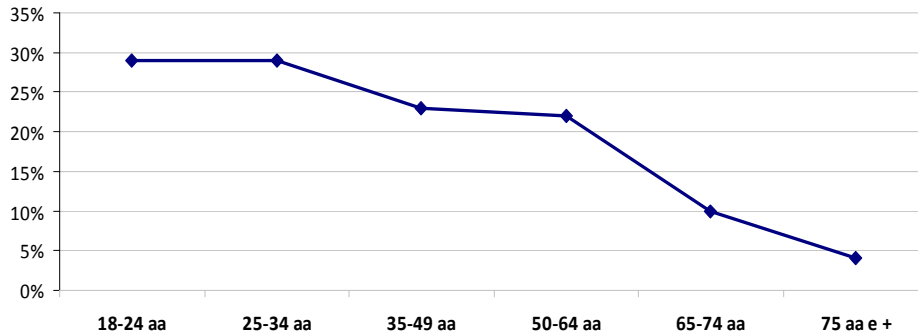
Non emerge una forte variabilità geografica e non si osserva un chiaro gradiente nelle 3 macroaree Nord, Centro e Sud. Lazio, Liguria, Lombardia e Sicilia sono le Regioni in cui si riscontra un'alta percentuale di fumatori. È elevato anche il valore rilevato in Friuli Venezia Giulia che ha partecipato all'indagine PdA solo con la ASL Triestina, che risulta avere una percentuale di fumatori (14%) significativamente superiore al valore medio di pool (10%), mentre Trentino (6%) e Puglia (7%) sono le Regioni in cui si rilevano prevalenze significativamente più basse del pool.

In **Veneto** il 66% degli ultra65enni non ha mai fumato, il 27% dichiara di essere ex-fumatore ed il 7% fuma: nel confronto con la media del Pool nazionale, si riscontrano percentuali inferiori sia nella fascia di età indagata da PASSI con il 27%, sia da quella di PASSI d'Argento con il 10%.

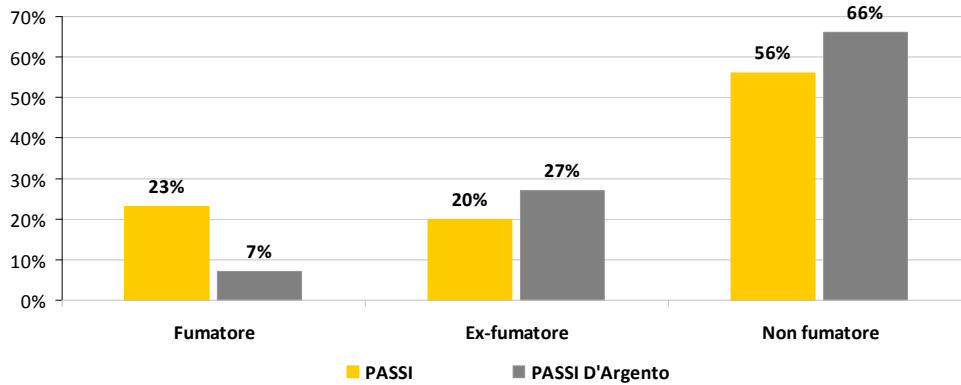
Nella fascia di età 18-69 anni l'abitudine al fumo è più frequente negli uomini che nelle donne (27% vs 19%), nei giovani, nelle persone con scolarità media-inferiore (28%) e in quelle con molte difficoltà economiche riferite (37%).

L'abitudine al fumo per fascia di età, evidenzia che tra i 18 e 34 anni quasi 1/3 dei giovani fuma: tale dato contrasta con ciò che avviene nelle fasce di età più anziane, dove la consapevolezza dei rischi porta ad una flessione delle percentuali.

Abitudine al fumo per classi di età
Veneto - PASSI 2013 e PASSI d'Argento 2013-14



Abitudine al fumo
Veneto - PASSI 2013 e PASSI d'Argento 2013-14



Fumatori
 Prevalenza per Regione di residenza
PASSI d'Argento 2012-13



* Lombardia, FVG e Marche hanno partecipato con una sola ASL

L'attenzione degli operatori sanitari all'abitudine al fumo

Nel **Pool di ASL PASSI d'Argento**, il 72% di coloro che fumano ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore. L'attenzione degli operatori sanitari risulta maggiore in Lombardia (84%), Valle d'Aosta (84%) e Puglia (79%). Le percentuali più basse di fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere risultano invece a Trento (55%), nelle Marche (56%) e in **Veneto** (59%). Non emerge una forte variabilità geografica e non si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud.

Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare

Prevalenze per Regione di residenza
PASSI d'Argento 2012-13



A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo e a quanti fumatori è stato consigliato di smettere di fumare da parte di un medico o operatore sanitario?

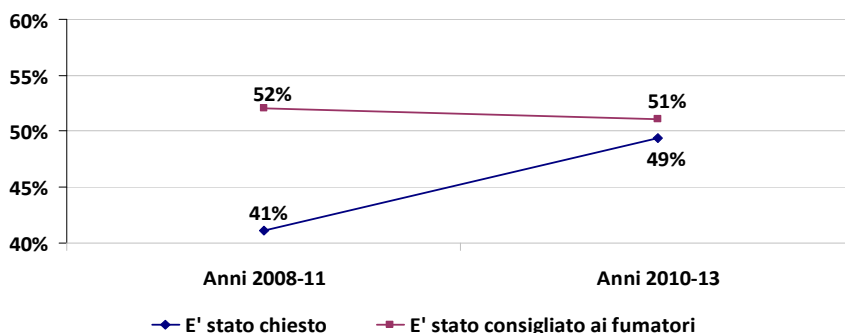
Nel territorio dell'Azienda ULSS 18 nel periodo 2010-2013, il 49,4% degli intervistati, che sono stati dal medico nell'ultimo anno, ha riferito che un medico o altro operatore sanitario ha chiesto loro se fuma ed il 51,1% dei fumatori dichiara di aver ricevuto il consiglio di smettere.

Rispetto al quadriennio 2008-11, è aumentata di 8 punti la percentuale delle persone a cui è stato chiesto sull'abitudine al fumo, mentre è calata di un punto quella dei fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere.

Del 49,4% degli intervistati che hanno dichiarato che un operatore sanitario ha chiesto loro sull'abitudine al fumo, il 71,5% erano fumatori, il 56,6% ex-fumatori ed il 39,1% non fumatori.

Attenzione degli operatori sanitari

% a cui è stata posta la domanda sul fumo e % di fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere
ULSS 18 – Anni 2008-11 e 2010-13



Regione Veneto e Pool ASL PASSI

Nel 2010-2013 in **Veneto** la percentuale di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo è stata del 43%, mentre al 51% dei fumatori è stato consigliato di smettere.

Nel **Pool di ASL nazionale** complessivamente 4 persone su 10, fra quelle che si sono rivolte a un medico o a un operatore sanitario nei 12 mesi precedenti l'intervista, dichiarano di aver ricevuto domande sul proprio comportamento riguardo all'abitudine al fumo.

L'attenzione degli operatori sanitari sembra essere maggiore nelle Regioni settentrionali (Friuli Venezia Giulia, 47%) e minore nelle Regioni del Sud Italia (Basilicata, 26%), ad eccezione della Sardegna (59%) in cui si registra la percentuale più alta.

Nel 2010-2013, oltre la metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare. Non c'è un chiaro gradiente geografico, la più alta percentuale di fumatori che ha ricevuto il consiglio di smettere si osserva in Sardegna (64%) la più bassa nella P.A. di Bolzano (36%).

Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo

Prevalenze per Regione
Pool di ASL PASSI 2010-13



In Lombardia e Basilicata non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

Fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare

Prevalenze per Regione
Pool di ASL PASSI 2010-13



In Lombardia e Basilicata non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

Nel territorio dell'Azienda ULSS 18 quante persone hanno tentato di smettere di fumare e con che risultati?

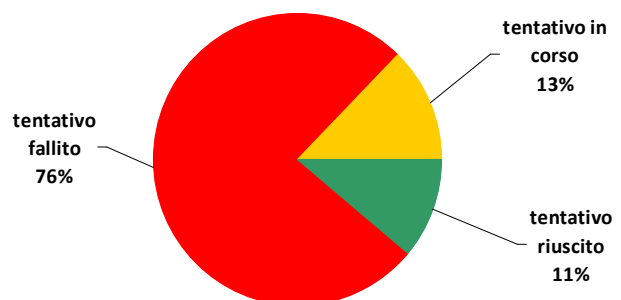
Nell'A.ULSS 18 nel periodo 2010-2013, tra chi fumava, nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 34,8% ha riferito di aver tentato di smettere.

Tra tutti coloro che hanno tentato il 75,6% ha fallito, il 13,4% stava ancora tentando di smettere, il 10,9% è riuscito a smettere.

Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo:

- il 95,1% l'ha fatto da solo,
- l'1,2% ha fatto uso di farmaci,
- l'1,1% ha partecipato ad incontri o corsi appositi,
- il 2,5% ha risposto "altro".

Distribuzione dell'esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi ULSS 18 - Anni 2010-13



Regione Veneto e Pool ASL PASSI

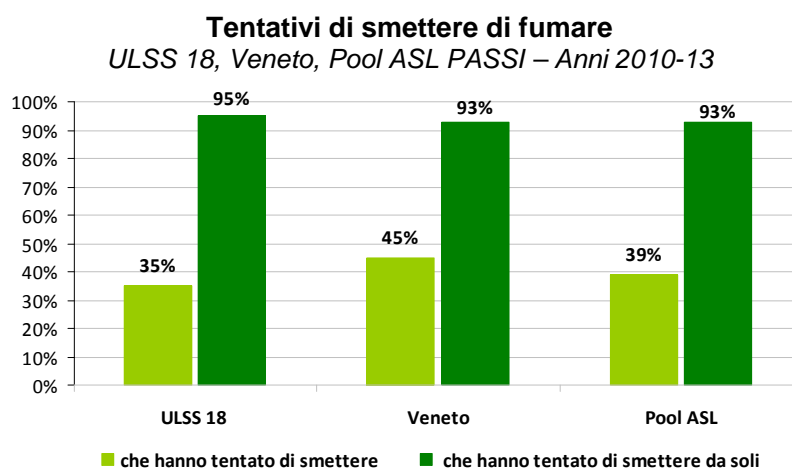
In **Veneto** il 45% dei fumatori hanno tentato di smettere di fumare nei 12 mesi precedenti l'intervista, e tra questi il 93% ha tentato di smettere di fumare da solo.

Nel **Pool di ASL 2010-2013**, quasi 4 fumatori su 10 (39%) hanno tentato di smettere di fumare, restando almeno un giorno liberi dal fumo.

I tentativi sono più frequenti fra i 18-24enni (46%) e non si osservano differenze significative per genere e istruzione. L'analisi multivariata evidenzia che nelle donne il tentativo di smettere di fumare risulta positivamente associato a un alto livello di istruzione (tentano più frequentemente di smettere le donne laureate) e inversamente associato alla disponibilità economica (tentano di smettere più frequentemente le donne con molte difficoltà economiche).

Oltre l'82% di chi ha provato a smettere di fumare fallisce, il 10% persegue il tentativo al momento dell'intervista e l'8% è riuscito perché non fuma da più di 6 mesi.

La quasi totalità degli intervistati (93%) che dichiara di aver tentato di smettere nell'anno precedente l'intervista lo ha fatto autonomamente; solo 3 fumatori su 100 hanno usato farmaci o cerotti e meno di 1 su 100 si è rivolto ai servizi o ai corsi offerti dalle ASL. Questi valori sono molto simili tra chi ha tentato di smettere ed è riuscito e tra chi ha tentato di smettere ma non è riuscito.



Fumo passivo

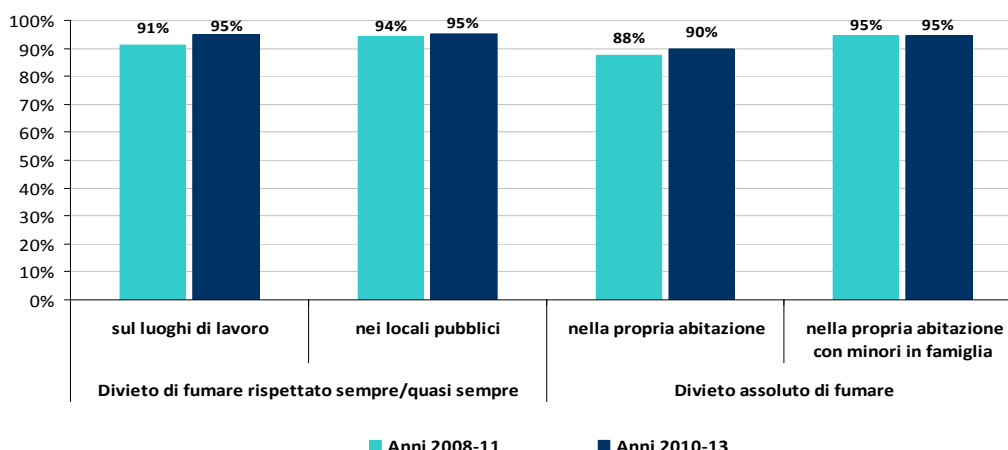
La percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici, nei luoghi di lavoro e nella propria abitazione

Nell'Azienda ULSS 18, tra i lavoratori intervistati il 94,9% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (84,1%) o quasi sempre (10,8%), con un aumento di circa 4 punti percentuali rispetto al quadriennio 2008-2011; per quanto riguarda i locali pubblici, il 95,4% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto è rispettato sempre (84,6%) o quasi sempre (10,8%).

Relativamente al divieto di fumare in ambito domestico, l'89,7% degli intervistati ha dichiarato che nella propria abitazione non si fuma in modo assoluto (nel 2008-11 era l'87,5%), l'8,2% che si può fumare in alcuni luoghi, ore o situazioni e il 2,1% che si può fumare sempre e ovunque.

In caso di convivenza con minori di 15 anni la percentuale di chi dichiara il divieto assoluto sale al 94,6%.

**Percezione del rispetto del divieto di fumo
nei luoghi di lavoro, nei locali pubblici e nella propria abitazione**
ULSS 18 – Anni 2008-11 e 2010-13



Regione Veneto e Pool ASL PASSI

In **Veneto** nel periodo 2010-2013, la percezione del rispetto della legge sul divieto di fumo negli ambienti di lavoro e nei locali pubblici è piuttosto alta: il 94% degli intervistati che lavora in ambienti chiusi ed il 95% degli adulti che hanno frequentato locali pubblici nei 30 giorni precedenti l'intervista riferiscono che il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato, mentre nel **Pool di ASL** le percentuali sono rispettivamente il 91% e l'89%.

E' presente un chiaro gradiente Nord-Sud del rispetto del divieto di fumo: nei locali pubblici si hanno le punte massime in Friuli Venezia Giulia, P.A. Trento e Valle d'Aosta (96%) e i valori più bassi in Calabria (73%) e Campania (78%), mentre negli ambienti di lavoro la frequenza di coloro che riferiscono il rispetto del divieto di fumo è più elevata nella P.A. Bolzano (97%), in Valle d'Aosta e **Veneto** (94%) e più bassa in Molise (77%) e Calabria(84%). Comunque dal 2008 al 2013 il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro è significativamente e costantemente aumentato in tutte le tre macroaree del Paese.

Nel **Pool di ASL** l'esposizione al fumo passivo in ambiente domestico è ancora rilevante: più di 1 intervistato su 5 (22%) dichiara che nella propria abitazione è ammesso fumare, percentuale che scende al 15% ma resta non trascurabile, fra coloro che vivono in case in cui sono presenti minori di 15 anni.

In ambito domestico, il divieto assoluto di fumare è più frequente nelle Regioni del Nord (**Veneto** 90%) mentre meno frequente in Umbria (71%) e nelle Regioni con la più alta frequenza di fumatori (Calabria 72%, Lazio e Abruzzo 73%); in questo panorama fanno eccezione Puglia (84%) e Sardegna (83%) con prevalenze di case libere dal fumo significativamente superiori alla media nazionale. Dal 2008 al 2013 la frequenza di chi dichiara la propria abitazione libera dal fumo aumenta significativamente dal 71% all'80%.

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro
Pool ASL PASSI 2010-13



Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici
Pool ASL PASSI 2010-13



Divieto di fumo in casa
Pool ASL PASSI 2010-13



Conclusioni

Nel territorio dell'Azienda ULSS 18 nel periodo 2010-2013, si stima che 1 persona su 5 sia classificabile come fumatore (in Regione Veneto sono circa 1 su 4 e a livello di Pool di ASL nazionale circa 1 su 3): le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano negli uomini e nella fascia di età 35-49 anni. Dai risultati delle interviste si stima quindi che, nella fascia di età 18-69 anni, nell'ULSS 18 sono circa 25.300 i fumatori (circa 15.800 di sesso maschile e circa 10.400 nella classe di età 35-49 anni), di cui oltre 23.000 fumatori quotidiani, i non fumatori risultano essere circa 70.000 (6 persone su 10) mentre circa 24.800 sarebbero gli ex-fumatori.

Un fumatore su due ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile, seppur non ottimale, livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari.

Nel periodo 2010-13, hanno tentato di smettere di fumare, restando almeno un giorno liberi dal fumo, nel territorio dell'Azienda ULSS 18 oltre 1 fumatore su 3, con un esito positivo in 1 fumatore su 10.

Nella quasi totalità (95%) gli ex-fumatori hanno dichiarato di aver smesso di fumare da soli e un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci e con l'aiuto di corsi per smettere di fumare: questa situazione sottolinea la necessità di valorizzare al meglio le opportunità di smettere di fumare offerte dall' Azienda Sanitaria.

L'esposizione al fumo passivo in abitazioni, luoghi pubblici e di lavoro rimane un aspetto rilevante da mantenere monitorato nel tempo.

Il divieto di fumare è rispettato sempre o quasi sempre sia nei locali pubblici che nei luoghi di lavoro: nel territorio dell'Azienda ULSS 18 lo dichiarano oltre 9 persone su 10.

L'esposizione al fumo passivo in ambito domestico invece è ancora presente e 1 intervistato su 10 dichiara che è ammesso il fumo nella propria abitazione (in Italia 1 su 5); la situazione migliora in case in cui sono presenti minori di 15 anni. Si dovrebbe, tuttavia, promuovere una maggiore comunicazione sulla pericolosità dell'esposizione al fumo passivo, in particolar modo rivolta ai genitori di bambini.

Le strategie per il controllo del tabacco prevedono tre linee di lavoro, tra loro strettamente connesse:

1. ridurre l'esposizione al fumo passivo;
2. prevenire l'iniziazione al fumo;
3. sostenere la disassuefazione dei fumatori attivi.

Tali strategie risultano efficaci solo se impennate in una politica generale e prevedono una pluralità di interventi. In questo senso, il nostro Paese è fortemente impegnato con azioni di contrasto al tabagismo riportate sia nel Piano Nazionale della Prevenzione che nel Piano della Prevenzione Regionale 2014-2018, facendolo rientrare nel macro-obiettivo "Riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili", essendo il fumo uno dei fattori di rischio (con l'uso di alcol, l'alimentazione scorretta, la sedentarietà...) legati in gran parte a comportamenti individuali scorretti modificabili ma fortemente condizionati dal contesto sociale, economico e ambientale in cui si vive e si lavora.

Fumare è attualmente una scelta consentita che può essere proibita solo ai minori. La comunità dei non fumatori va invece difesa nel suo insieme dai pericoli alla salute derivanti dall'esposizione passiva al fumo, con una particolare attenzione nel prevedere interventi specifici a favore dei meno tutelati.

La legge sul divieto di fumo nei locali pubblici e sui luoghi di lavoro rappresenta un importante traguardo per la salute pubblica nel nostro Paese. Tuttavia, sono ancora presenti aree territoriali con margine di miglioramento. L'attività ispettiva in luoghi di lavoro

e locali pubblici potrebbe quindi ridurre le disuguaglianze rispetto all'applicazione della legge sul divieto di fumo ancora registrabili fra le diverse Regioni.

In linea con le strategie OMS per il controllo del tabacco, nella Regione del Veneto, il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 prevede una serie di Azioni per la prevenzione delle patologie tabacco correlate e la promozione di uno stile di vita libero dal fumo:

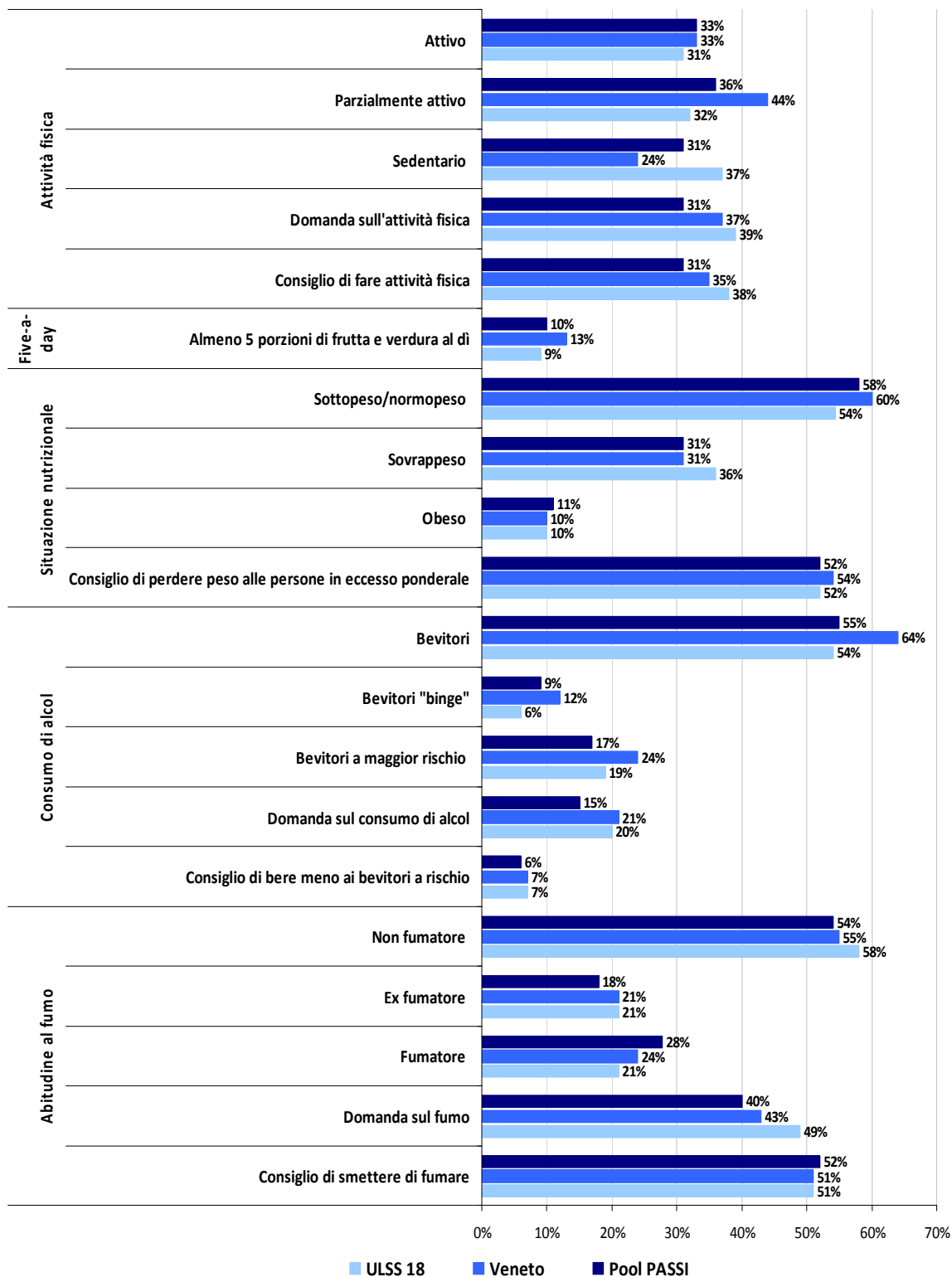
1. coordinamento dei sistemi di monitoraggio della normativa sul fumo e promozione di ambienti liberi dal tabacco;
2. coordinamento e sviluppo della prevenzione del tabagismo in ambiti scolastici e di comunità in un'ottica di promozione della salute;
3. coordinamento e sviluppo del sistema veneto di trattamento del tabagismo.

Ogni Azione prevede una serie di attività, basate sull'evidenza, coerenti con gli obiettivi prefissati, da realizzare nell'ambito di diversi setting, in una logica "life-course" e nell'ottica dell'equità.

Indicatori per l'azione

Al termine di questa sezione dedicata ai temi di Guadagnare Salute si presenta un grafico riassuntivo che riporta alcuni tra i principali indicatori che possono essere utilizzati per la programmazione di interventi di promozione di corretti stili di vita nella popolazione.

Stili di vita della popolazione
Confronto ULSS 18, Veneto, Pool ASL PASSI - Anni 2010-13



Rischio cardiovascolare

La Regione Europea dell'OMS presenta il più alto carico di Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT) a livello mondiale. I tre principali gruppi di malattie, le patologie cardiovascolari, le neoplasie e i disturbi mentali, costituiscono più del 50% del carico di malattia misurato in "DALYs" (anni di vita vissuti in condizioni di disabilità o persi a causa di una malattia), mentre due gruppi di malattie, le patologie cardiovascolari e le neoplasie, causano quasi il 75% della mortalità.

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale, secondo le stime dell'OMS; molti decessi precoci, però, sono evitabili: le stime indicano che almeno l'80% di tutti i casi di malattie cardiache, ictus e diabete di tipo 2 e almeno il 33% dei casi di cancro si possono prevenire.

Rientrano nel gruppo delle malattie cardiovascolari le patologie a carico del cuore e del sistema circolatorio, le più frequenti di origine arteriosclerotica, in particolare da un punto di vista epidemiologico, le malattie ischemiche del cuore (infarto acuto del miocardio e angina pectoris), le malattie cerebrovascolari (ictus ischemico ed emorragico) e le arteriopatie periferiche. Tali patologie sono di origine multifattoriale e prevenibili, in quanto determinate dalla combinazione di più fattori di rischio modificabili: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, iperglicemia, abitudine al fumo, sedentarietà, obesità e diabete.

Le malattie cardio-cerebrovascolari sono, inoltre, fra i determinanti delle malattie legate all'invecchiamento, producendo disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva: chi sopravvive ad un evento acuto diventa un malato cronico con notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali.

Le disuguaglianze nel carico di malattie non trasmissibili all'interno dei Paesi e fra i Paesi europei dimostrano che il potenziale di miglioramento in termini di salute è ancora enorme. Anche in Italia, secondo il Ministero della Salute, come riportato nella "Relazione sullo stato di salute della popolazione – anno 2011", le malattie cardio-cerebrovascolari sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Tali patologie sono la prima causa di morte, provocando circa il 34% di tutti i decessi nel sesso maschile (soprattutto cardiopatie ischemiche, anche prematuramente) ed oltre il 42% in quello femminile (principalmente malattie cerebrovascolari, in particolare nelle classi di età più anziane) ed hanno un peso notevole sui ricoveri ospedalieri, che risultano in aumento per tali patologie.

Tutti i dati confermano che l'ospedalizzazione, l'invalidità e la disabilità aumentano con l'avanzare dell'età, determinando una situazione sempre più critica vista la previsione di un aumento, nei prossimi anni, legato sia all'innalzamento dell'età media della popolazione e sia all'incremento della popolazione globale.

L'invecchiamento progressivo della popolazione impone, quindi, ai Governi dei Paesi industrializzati di porre in atto strategie appropriate e innovative per mitigarne gli effetti negativi sul sistema sociale ed economico, oltre che sul piano individuale. La promozione dell'*invecchiamento attivo* è la strategia, in tal senso, condivisa a livello internazionale

Fattori di rischio multipli

La presenza di più fattori modificabili di rischio cardiovascolare in una persona può determinare un impatto sulla salute particolarmente grave. È perciò importante valutare nella popolazione non solo la diffusione dei singoli fattori, ma anche i diversi profili di rischio multifattoriali.

La frequente compresenza di queste condizioni: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura, vista la larga diffusione nella popolazione, è in parte dovuta ad un'associazione casuale, ma soprattutto è dovuta all'interazione di queste condizioni e al loro potenziamento reciproco. Ad

esempio, l'insorgenza del diabete è favorita dal peso eccessivo, dalla sedentarietà, da una dieta inappropriata; l'ipertensione è associata all'eccesso di peso, all'inattività fisica, ad un ridotto consumo di frutta e verdura; ecc.

Riguardo all'alimentazione va sottolineato che diverse sue componenti influiscono sul rischio cardiovascolare in modo positivo: consumo di frutta, verdura e pesce, altre in modo negativo: eccessivo contenuto di sale, grassi saturi, idrogenati, ecc.... Oltre agli stili di vita, nella genesi delle malattie cardiovascolari rivestono un ruolo rilevante anche altri fattori quali la depressione, il basso livello socio-economico, le condizioni di stress cronico legate a marginalità e isolamento sociale.

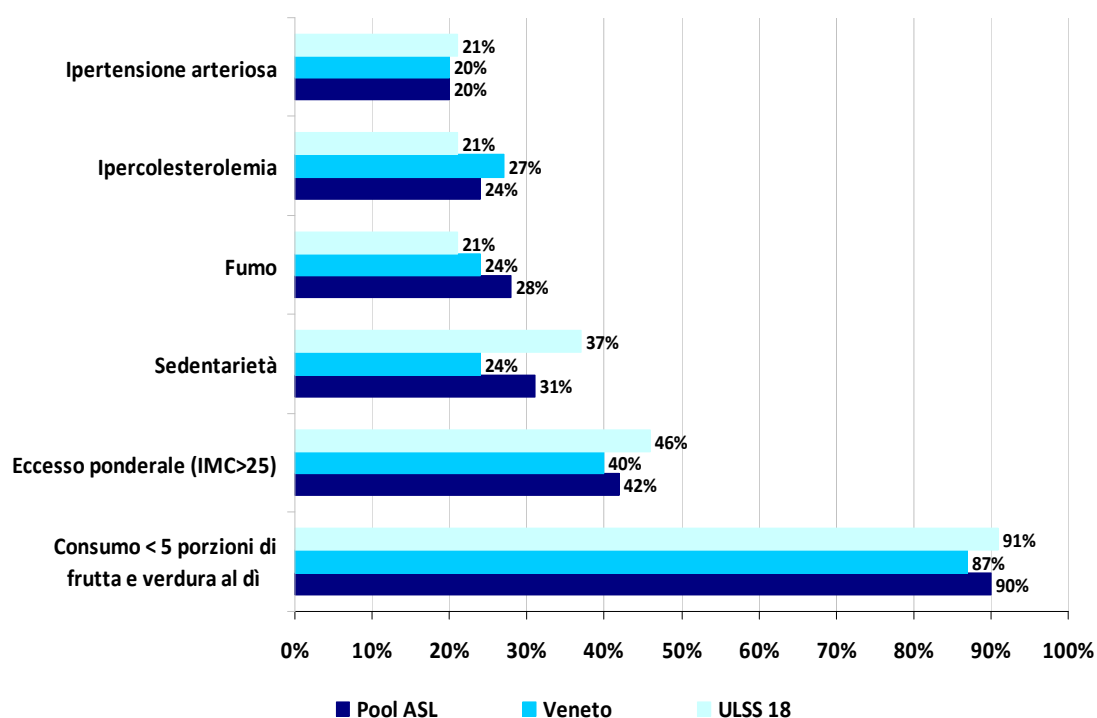
La probabilità di sviluppare la malattia dipende dalla gravità dei singoli fattori di rischio e dalle loro combinazioni. Conoscere la prevalenza di queste condizioni nella popolazione e la diffusione delle pratiche efficaci per contrastarle consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei sottogruppi più a rischio.

Il Sistema di Sorveglianza PASSI monitora molti dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione adulta di 18-69 anni, consentendo di valutare le associazioni tra le diverse condizioni nonché le pratiche adottate per contrastarli.

Il grafico riporta la prevalenza dei principali fattori di rischio nella popolazione dell'Azienda ULSS 18, del Veneto e nel Pool di ASL nazionale, negli anni 2010-2013.

Fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione 18-69 anni

Confronto ULSS 18, Veneto, Pool di ASL – Anni 2010-2013



Di seguito vengono riportati i risultati relativi a due fattori di rischio, ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia, nonché all'utilizzo, da parte dei medici, della "carta e del punteggio individuale" per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti.

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali e più diffusi fattori di rischio cardiovascolare, causa di malattie gravi e invalidanti con un eccezionale costo sia in termini di salute, che strettamente economici: il costo delle sue complicanze si stima essere 2-3 volte maggiore di quello necessario per trattare tutti gli ipertesi nello stesso periodo di tempo.

L'ipertensione è associata a fattori modificabili, come il contenuto di sale della dieta, l'eccesso ponderale e la sedentarietà. L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso e l'attività fisica costituiscono, quindi, interventi efficaci a livello individuale e di popolazione.

In ogni caso è fondamentale diagnosticare precocemente l'ipertensione mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con un trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita.

Nell'Azienda ULSS 18, quante persone hanno misurato almeno una volta nella vita la pressione arteriosa e con che frequenza?

Nel 2010-2013 nel territorio dell'Azienda ULSS 18, l'80,3% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa entro i 2 anni precedenti (nel 2008-2011 era l'81,1%), il 12,5% più di 2 anni fa (era il 9,4%), mentre il restante 7,1% non l'ha mai misurata (era il 9,5%).

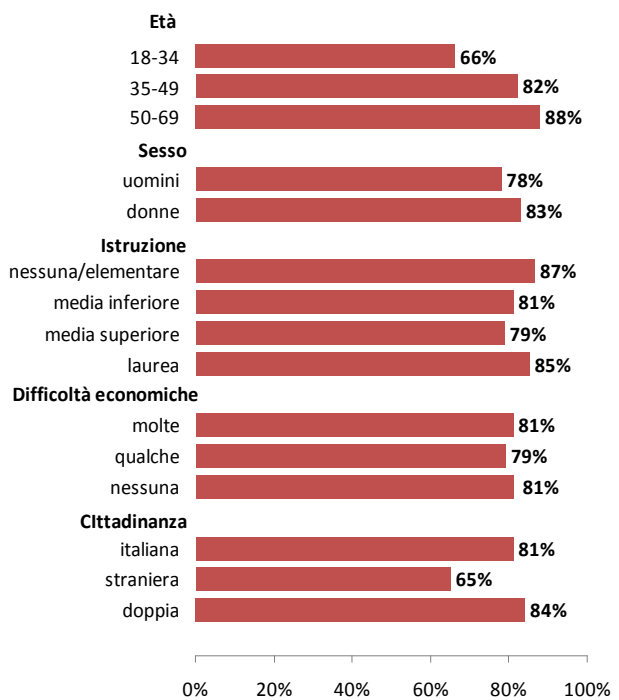
In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più diffusa:

- nelle fasce d'età più avanzate,
- nel sesso femminile,
- nelle persone senza titolo di studio o con la licenza elementare e quelle con laurea o diploma universitario,

mentre non si riscontrano grosse differenze per le altre caratteristiche socio-demografiche analizzate.

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche ULSS 18 - Anni 2010-13

Totale: 80,3% (IC 95%: 78,0%-82,6%)



... e quante persone sono ipertese?

Nel territorio dell'Azienda ULSS 18, il 20,6% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni *ha riferito** di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa (il 23,1% nel 2008-2011).

In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa:

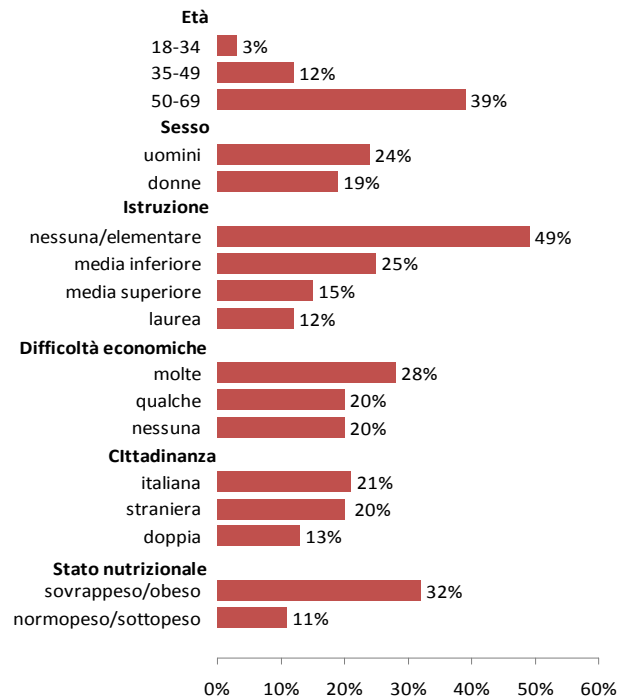
- nel sesso maschile,
- al crescere dell'età (3% nei 18-34enni, 39% nei 50-69enni),
- nelle persone con basso livello istruzione (12% nei laureati, 49% in quelli senza istruzione o elementare),
- nelle persone con difficoltà economiche,
- nelle persone con eccesso ponderale (32% vs 11%).

** In base a risultati di numerosi studi su validità e riproducibilità, si osserva che le indagini condotte su dati riferiti, come PASSI, sottostimano la prevalenza di ipertensione rispetto a studi basati su dati misurati.*

Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ULSS 18 - Anni 2010-13

Totale: 20,6% (IC 95%: 18,4%-22,9%)



Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?

Nel territorio dell'A.ULSS 18, il 78,6% degli ipertesi ha riferito di essere in trattamento con farmaci antipertensivi.

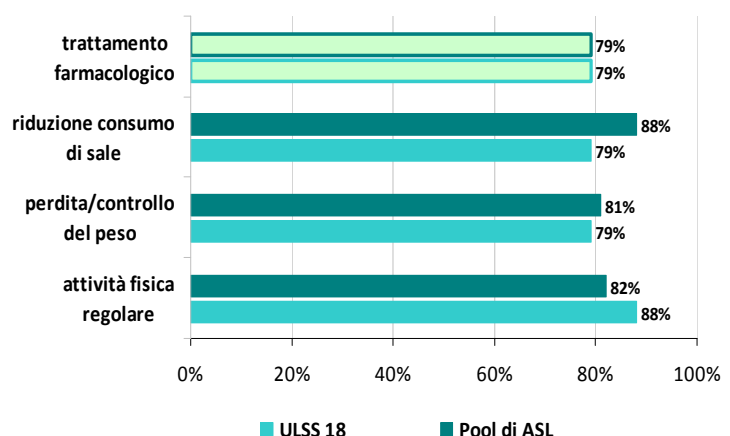
Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio:

- l'88% di svolgere regolare attività fisica,
- il 79% di ridurre il consumo di sale,
- il 79% di controllare il peso corporeo.

Nel confronto con le rilevazioni a livello nazionale, mentre è la stessa la percentuale di chi assume terapia farmacologica, nell'Azienda ULSS 18 prevale il consiglio del medico di praticare regolarmente attività fisica.

Trattamento farmacologico e consigli del medico

ULSS 18, Pool di ASL – Anni 2010-13



**Persone a cui è stata misurata
la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni**
Prevalenze per Regione - Pool di ASL 2010-13



In Lombardia non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

Regione Veneto e Pool ASL PASSI

In **Veneto** l'84% degli intervistati riferisce di aver misurato la pressione arteriosa nei due anni precedenti l'intervista e il 20% riferisce di essere iperteso.

Nel **Pool ASL PASSI** l'83% degli intervistati riferisce di aver misurato la pressione arteriosa nei due anni precedenti l'intervista e il 20% di essere iperteso.

Per quanto riguarda la misurazione della P.A. differenze statisticamente significative si registrano per Regione di residenza, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali.

Tra le persone che riferiscono di aver misurato la pressione, il 20% riferisce di aver ricevuto una diagnosi di ipertensione, percentuale che raggiunge il valore più alto in Calabria (26%), e quello più basso in Valle D'Aosta (17%).

Alte le prevalenze di ipertesi che hanno dichiarato di essere in trattamento farmacologico (79%) o di aver ricevuto i consigli per tenere sotto controllo la pressione arteriosa quali: diminuire il consumo di sale (88%), controllare il peso corporeo (81%) e svolgere regolarmente attività fisica (82%).

Conclusioni

Nel periodo 2010-2013, si stima che nel territorio dell'Azienda ULSS 18, nella fascia d'età 18-69 anni 2 persone su 10 siano ipertese, ben 4 su 10 tra i 50 e 69 anni; nella media dei 4 anni, risultano quindi ipertese circa 24.700 persone di cui 18.700 tra i 50 ed i 69 anni.

Inoltre, risulta che almeno 1 persona su 5 non abbia mai misurato la pressione arteriosa o l'abbia fatto più di 2 anni prima dell'intervista: circa 8.500 persone tra i 18 e i 69 anni non l'hanno mai misurata.

Le persone ipertese in trattamento farmacologico e quelle a cui viene fornito il consiglio, da parte dei medici, di adottare misure dietetiche per ridurre la pressione alta sono circa 8 su 10 (al 79% di ridurre il consumo di sale ed al 79% di controllare il peso corporeo).

Circa 9 su 10 sono quelle a cui è stato consigliato di svolgere attività fisica in maniera regolare (circa 22.000 ipertesi).

Le linee guida internazionali raccomandano la misurazione della pressione arteriosa al di sopra dei 18 anni con periodicità non superiore a due anni nei soggetti normotesi e ad un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90).

Un ruolo determinante, quindi, per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipertesi può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

L'identificazione precoce delle persone ipertese grazie a controlli regolari dei valori della pressione arteriosa (specie sopra ai 35 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità. L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costante rappresentano ulteriori misure efficaci per ridurre i valori pressori, indipendentemente dalla necessità anche di un trattamento farmacologico.

Ipercolesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari sul quale è possibile intervenire con efficacia. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali ad esempio fumo e ipertensione.

Si stima che una riduzione del 10% della colesterolemia totale possa ridurre la probabilità di morire di una malattia cardiovascolare del 20% e che un abbassamento del 25% dimezzi il rischio di infarto miocardico.

E' possibile intervenire per ridurre la colesterolemia soprattutto attraverso un'alimentazione a basso contenuto di grassi di origine animale, povera di sodio e ricca di fibre (verdura, frutta, legumi) e con l'attività fisica regolare.

Quante persone hanno effettuato almeno una volta nella vita la misurazione del colesterolo e con che frequenza?

Nel territorio dell'A.ULSS 18, l'85,7% degli intervistati ha riferito di aver misurato almeno una volta nella vita il colesterolo ematico (nel 2008-2011 era l'83,3%) e l'hanno fatto:

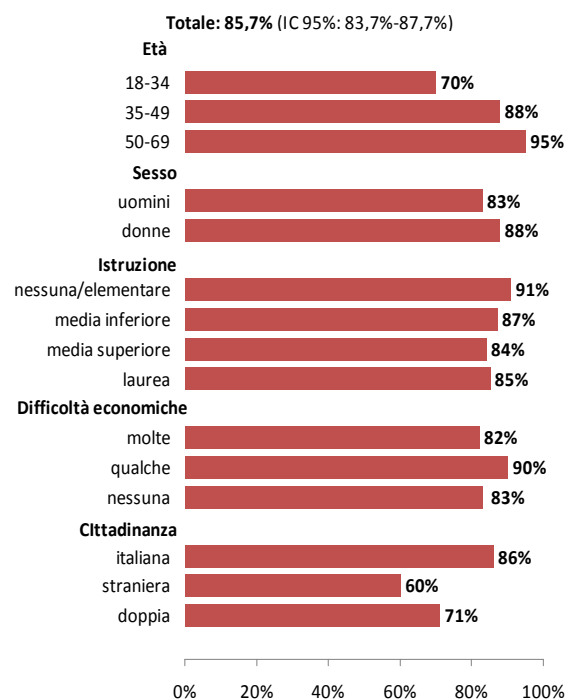
- il 54,5% nel corso dell'ultimo anno,
- il 18,0% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista,
- il 13,2% da oltre 2 anni,
- il 14,3% mai o non ricorda.

La misurazione del colesterolo è più frequente:

- al crescere dell'età (dal 70% della fascia 18-34 anni al 95% di quella 50-69 anni),
- nelle donne,
- nelle persone con basso livello di istruzione,
- nelle persone con qualche difficoltà economica,
- nei cittadini italiani.

Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ULSS 18 – Anni 2010-13



... e quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

Nel territorio dell'A.ULSS 18, tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 21,1% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia (stessa percentuale riscontrata nel 2008-11).

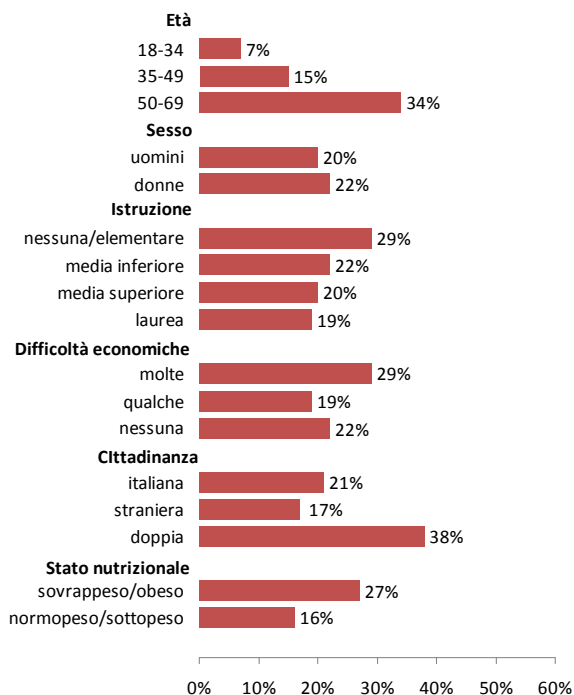
In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa:

- nelle classi d'età 50-69 anni,
- nelle persone con basso livello di istruzione,
- nelle persone con molte difficoltà economiche,
- nelle persone con cittadinanza doppia,
- nelle persone in eccesso ponderale (27% vs 16%).

Persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ULSS 18 - Anni 2010-13

Totale: 21,1% (IC 95%: 18,7%-23,6%)



Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

Nel territorio dell'A.ULSS 18, il 30,8% delle persone con ipercolesterolemia ha riferito di essere in trattamento farmacologico.

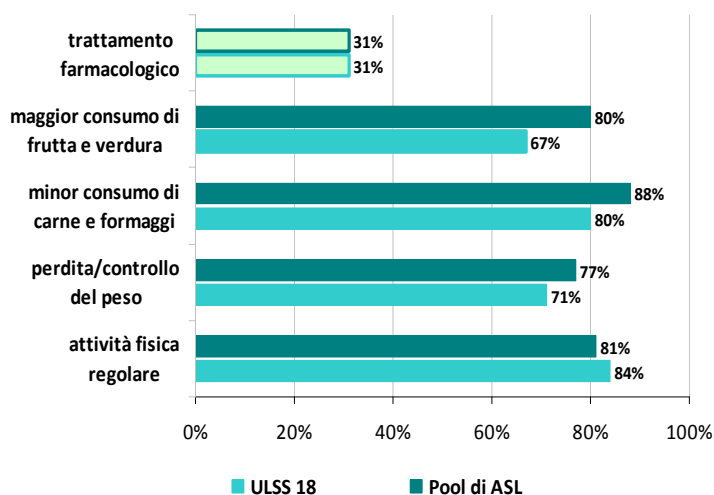
Indipendentemente dal trattamento farmacologico, le persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue hanno riferito di aver ricevuto da parte del medico il consiglio:

- di svolgere regolare attività fisica l'83,9% degli intervistati,
- di ridurre il consumo di carne e formaggi l'80,4%,
- di ridurre o controllare il proprio peso il 70,8%,
- di aumentare il consumo di frutta e verdura il 66,5%.

Anche in questo caso la percentuale di persone in trattamento farmacologico è la stessa di quella rilevata nel Pool di ASL nazionale.

Trattamenti farmacologici e consigli del medico

ULSS 18 - Anni 2010-13



**Personae a cui è stata misurata
la colesterolemia almeno una volta nella vita**
Prevalenze per Regione – Pool di ASL 2010-13



In Lombardia non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

Regione Veneto e Pool ASL PASSI

In **Veneto** il 79% degli intervistati riferisce di aver misurato il colesterolo ematico nei due anni precedenti l'intervista ed il 27% riferisce di essere ipercolesterolemico.

Nel **Pool ASL PASSI** il 79% degli intervistati dichiara di aver misurato almeno una volta nella vita la colesterolemia. Fra questi, il 24% riferisce di aver ricevuto una diagnosi di ipercolesterolemia, con una variabilità per Regione di residenza significativa: il valore più alto si osserva in Sardegna (31%) e il più basso in Campania (17%).

Il 31% degli ipercolesterolemici ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico, l'80% di aver ricevuto il consiglio di un consumo maggiore di frutta e verdura, l'88% un minor consumo di carne e formaggi, il 77% di controllare il peso e l'81% di fare regolare attività fisica.

Conclusioni

Nel territorio dell'Azienda ULSS 18 nella fascia d'età 18-69 anni, si stima che, come per l'ipertensione, oltre 2 persone su 10 abbia valori elevati di colesterolemia, pari a oltre 25.000 individui, di cui oltre 3 su 10 tra i 50 e 69 anni (oltre 16.000 persone).

E, come per l'ipertensione, l'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia, tramite l'effettuazione di controlli regolari (specie sopra i 40 anni), costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità; tuttavia circa il 14% della popolazione intervistata, pari a oltre 16.000 persone (il doppio di quelle che non hanno mai misurato la pressione arteriosa), non ha mai effettuato una misurazione del livello di colesterolo nel sangue.

Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipercolesterolemici può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

Tra le persone con diagnosi di ipercolesterolemia circa 3 su 10 hanno riferito di effettuare una terapia farmacologica, che, però, non deve comunque essere considerata sostitutiva dell'adozione di stili di vita corretti; infatti ad una proporzione di persone con ipercolesterolemia pari all'83% è stato consigliato di svolgere attività fisica regolare, all'80% di ridurre il consumo di carne e formaggi, al 71% controllare o perdere peso e al 66% di consumare più frutta e verdura.

La variabilità rilevata relativa ai consigli suggerisce l'opportunità di ricorrere ad un approccio di counseling maggiormente strutturato, anche se nel periodo considerato le informazioni sugli stili di vita corretti da parte del personale sanitario sono aumentati.

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

L'uso della carta del rischio o punteggio individuale cardiovascolare è indicato come strumento di identificazione delle persone a rischio, alle quali mirare trattamenti e consigli specifici.

La carta del rischio è uno strumento semplice e obiettivo che il medico può utilizzare per una valutazione clinico-prognostica nelle persone dai 35 anni per stimare la probabilità che il paziente ha di andare incontro ad un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei importanti fattori di rischio facilmente rilevabili: due non modificabili (sesso ed età) e quattro modificabili (diabete, abitudine al fumo, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia).

Nella determinazione del punteggio si utilizzano i valori di tali fattori allo scopo di arrivare ad un valore numerico rappresentativo del "livello di rischio" del paziente; il calcolo del punteggio può essere ripetuto nel tempo, consentendo di valutare variazioni del livello di rischio legate agli effetti di specifiche terapie farmacologiche o a variazioni apportate agli stili di vita. Le carte del rischio sono predisposte per uomini e donne e per presenza di diabete o meno.

Il calcolo del rischio cardiovascolare è, inoltre, un importante strumento per la comunicazione del "rischio individuale" al paziente, anche allo scopo di promuovere un cambiamento di abitudini di vita scorrette.

I Piani della Prevenzione nazionale e regionale ne promuovono una sempre maggior diffusione, anche mediante l'organizzazione di iniziative di formazione rivolte ai Medici di Medicina Generale.

Esempi di carte del rischio cardiovascolare



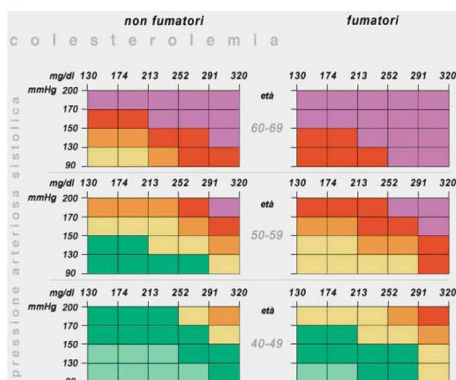
Carta del rischio cardiovascolare

uomini diabetici
rischio cardiovascolare a 10 anni

Come utilizzare la carta

- Posizionarsi nella zona fumatore / non fumatore.
- Identificare il decennio di età.
- Collocarsi sul livello corrispondente a pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.
- Identificato il colore, leggere nella legenda a fianco il livello di rischio.

livello di rischio a 10 anni	
rischio MCV VI	oltre 30%
rischio MCV V	20% - 30%
rischio MCV IV	15% - 20%
rischio MCV III	10% - 15%
rischio MCV II	5% - 10%
rischio MCV I	meno 5%



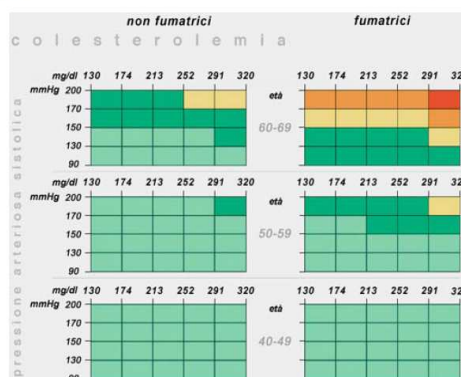
Carta del rischio cardiovascolare

donne non diabetiche
rischio cardiovascolare a 10 anni

Come utilizzare la carta

- Posizionarsi nella zona fumatore / non fumatore.
- Identificare il decennio di età.
- Collocarsi sul livello corrispondente a pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.
- Identificato il colore, leggere nella legenda a fianco il livello di rischio.

livello di rischio a 10 anni	
rischio MCV VI	oltre 30%
rischio MCV V	20% - 30%
rischio MCV IV	15% - 20%
rischio MCV III	10% - 15%
rischio MCV II	5% - 10%
rischio MCV I	meno 5%



Nell'Azienda ULSS 18, a quante persone è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare?

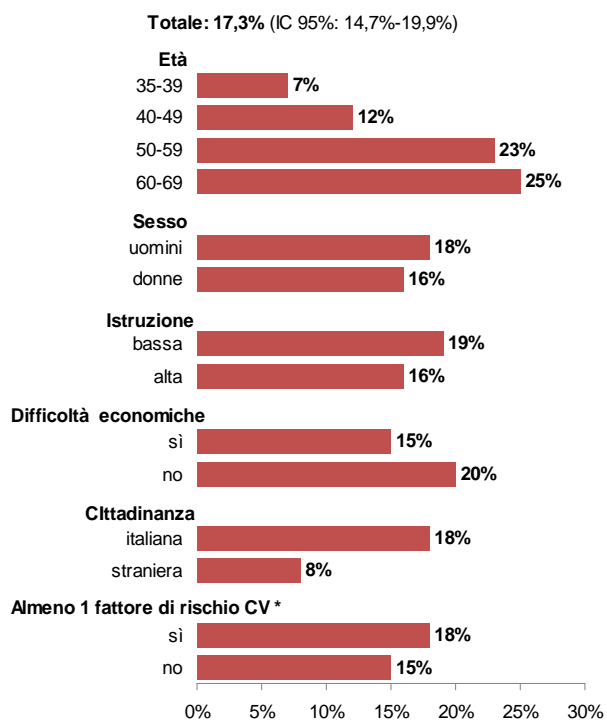
Nel 2010-2013 nel territorio dell'A.ULSS 18, il 17,3% degli intervistati nella fascia 35-69 anni senza patologie cardiovascolari ha riferito che un medico ha calcolato il rischio cardiovascolare individuale.

In particolare, risultano aver avuto questo controllo le persone:

- nella classe di età più adulta (dai 50 ai 69 anni),
- con basso livello di istruzione,
- senza difficoltà economiche,
- di cittadinanza italiana,
- con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

Le caratteristiche socio-demografiche rilevate nel 2010-13 non si discostano da quelle del 2008-11, tranne che per un aumento della prevalenza delle persone che hanno avuto il calcolo della carta del rischio nelle classi di età 50-59 e 60-69 anni, con una diminuzione in quelle 35-39 e 40-49 anni.

Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare (persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari) Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche ULSS 18 - Anni 2010-13



*Fattori di rischio cardiovascolare considerati: fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, eccesso ponderale e diabete

Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare (persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari) Prevalenze per Regione - Pool di ASL 2010-13



In Lombardia non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

Regione Veneto e Pool ASL PASSI

I dati rilevati mostrano che la carta del rischio è ancora poco utilizzata: in **Veneto** solo il 6% degli intervistati tra i 35 e 69 anni senza patologie cardiovascolari ha dichiarato che gli è stato misurato il rischio cardiovascolare, mediante carta o punteggio individuale, mentre nel **Pool ASL PASSI** 2010-2013 la percentuale è del 7%, con differenze significative a livello regionale, per cui il valore più alto si registra in Calabria (13%) e il più basso nella PA di Bolzano (3,6%).

Conclusioni

Nel territorio dell'Azienda ULSS 18 questo strumento è utilizzato in maniera nettamente maggiore (17,3%) rispetto alla media delle Aziende ULSS del Veneto e al Pool di ASL nazionale, con una percentuale di persone a cui è stata somministrata la carta del rischio che supera di oltre 10 punti percentuali i valori regionali (6,4%) e nazionali (6,7%).

Per contrastare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari è importante adottare un approccio integrato, di popolazione e individuale:

- le *strategie di popolazione* sono rivolte a modificare la distribuzione dei fattori di rischio nell'intera comunità e vengono realizzate attraverso norme legislative e amministrative (prescrizioni, divieti, tassazione, pianificazione, ecc.) che incidano sui comportamenti e sulle condizioni a rischio, oppure attraverso iniziative informative e formative (campagne di educazione sanitaria, attività di advocacy, ecc.) che aumentino la consapevolezza dei diversi portatori di interesse; poiché gran parte degli interventi efficaci di promozione di comportamenti salutari e di contrasto ai fattori di rischio sono esterni alla capacità di intervento del Servizio Sanitario Nazionale è necessario attivare strategie intersettoriali, basate su azioni che prevedono il coinvolgimento di settori diversi della società e delle istituzioni, come stabilisce il programma "*Guadagnare Salute*".

- *l'approccio individuale* è diretto ad identificare le persone a maggior rischio, in modo da consentire interventi mirati nei loro confronti; in questa prospettiva è importante valutare, più che la presenza di singoli fattori, il rischio complessivo che deriva dalla loro combinazione e interazione, come previsto appunto nelle carte del rischio.

La prevenzione delle malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi dei Piani della Prevenzione sia nazionale che regionale 2014-2018, con programmi specifici per ridurre l'esposizione ai fattori di rischio modificabili come riportato nei capitoli dedicati, e con un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia di età 45-60 anni in condizioni di rischio per malattie croniche non trasmissibili tramite la realizzazione di uno "screening cardiovascolare".

Percezione dello stato di salute

La definizione di salute messa a punto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1948 come "uno stato di completo benessere fisico, mentale, e sociale e non la mera assenza di malattia" ha comportato l'esigenza di misurare la salute, non solo in termini di frequenza di malattia, ma come la risultante di una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) ed una componente soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa). Pertanto la valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema molto complesso che richiede la costruzione di indicatori capaci di cogliere le molte dimensioni soggettive e funzionali dello stato di benessere.

Nel Sistema di Sorveglianza PASSI la qualità della vita viene misurata col metodo dei "giorni in salute" (Healthy Days), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso 4 domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

Come va in generale la salute dei residenti nell'Azienda ULSS 18?

Il 69,1% degli intervistati ha giudicato il proprio stato di salute in *modo positivo*, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 28,4% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 2,5% ha risposto in modo negativo (male/molto male).

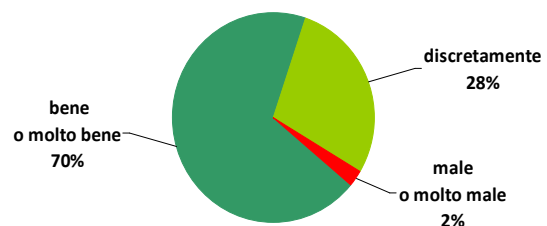
In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:

- i giovani nella fascia di età 18-34 anni, seguiti dai 35-49enni,
- gli uomini (75% vs donne 64%),
- le persone con alto livello di istruzione, con l'80% dei laureati vs 41% di quelli senza titolo di studio o con la licenza elementare),
- le persone senza difficoltà economiche,
- le persone senza patologie croniche severe² (74% vs 44%).

⁽¹⁾ persone che si dichiarano in *salute buona o molto buona*)

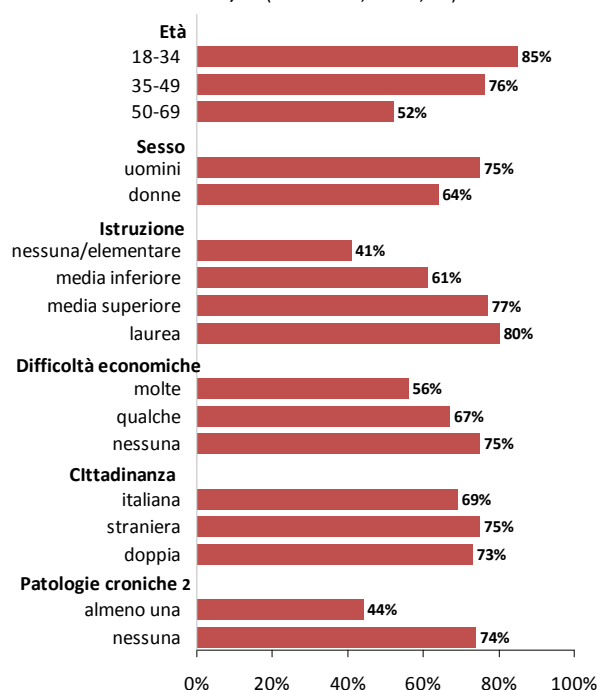
⁽²⁾ almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie, malattie croniche del fegato)

Stato di salute percepito
ULSS 18 – Anni 2010-13



Stato di salute percepito positivamente¹
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ULSS 18 – Anni 2010-13

Totale: 69,1% (IC 95%: 66,6%-71,7%)



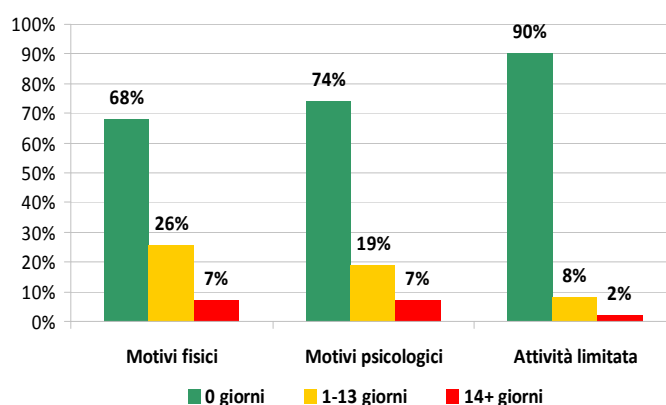
Quanti sono i giorni di cattiva salute percepiti in un mese e in quale misura l'attività normale ha subito delle limitazioni?

Nell'A.ULSS 18, la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene negli ultimi 30 giorni: il 67,7% in buona salute fisica, il 73,6% in buone condizioni psicologiche e l'89,7% ha svolto le proprie attività abituali senza limitazioni.

Una piccola parte degli intervistati ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute (cfr con 2008-11):

- il 6,6% per motivi fisici (era 8,4%),
- il 7,4% per motivi psicologici (era 9,5%),
- una percentuale ancora più bassa 2,3% (era 3,1%) ha riferito limitazioni alle attività abituali.

Distribuzione dei giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
ULSS 18 – Anni 2010-13



Il numero medio di giorni al mese percepiti in cattiva salute, sia per motivi fisici sia per motivi psicologici, è circa 3 giorni, mentre le attività abituali sono risultate limitate in media per 1 giorno al mese. Il numero medio di giorni in cattiva salute, in generale, è maggiore nella fascia d'età 50-69 anni, nelle donne, nelle persone con basso titolo di studio e in quelle con molte difficoltà economiche ed in presenza di patologie severe.

In generale si nota comunque un miglioramento di tutti i valori rispetto al quadriennio 2008-2011.

Media di giorni al mese percepiti in cattiva salute ULSS 18 - Anni 2010-13			
Caratteristiche socio-demografiche	per motivi fisici	per motivi psicologici	con attività limitata
Totale	2,8	2,7	1,0
Classi di età			
18 - 34 anni	2,0	2,5	0,6
35 - 49 anni	2,4	1,9	0,8
50 - 69 anni	3,8	3,5	1,4
Sesso			
uomini	1,7	1,8	0,7
donne	4,0	3,6	1,2
Livello di istruzione			
nessun titolo/scuola elementare	6,2	4,1	2,4
scuola media inferiore	3,1	2,7	1,1
scuola media superiore	2,4	2,5	0,8
laurea/diploma universitario	1,6	2,7	0,5
Difficoltà economiche			
molte	5,1	6,0	1,6
qualche	3,4	2,9	1,2
nessuna	1,7	1,8	0,5
Patologie croniche			
almeno una	5,3	4,9	2,5
nessuna	2,3	2,3	0,7

Regione Veneto e Pool ASL PASSI

Nel periodo 2010-2013, in **Veneto** il 71% degli intervistati risponde “bene” o “molto bene” alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il 3% delle persone riferisce di aver trascorso più di 14 giorni, nel mese precedente l'intervista, in cattive condizioni fisiche, psicologiche e con limitazioni di attività.

Nel **Pool ASL PASSI** si rileva che 2/3 degli intervistati (68%) giudicano positivamente il proprio stato di salute, quasi 1/3 riferisce di sentirsi discretamente (28%), mentre il 4% riferisce di sentirsi male o molto male.

I gruppi di popolazione che si dichiarano più soddisfatti della propria salute sono i giovani, gli uomini, le persone con un livello di istruzione più alto, chi non ha difficoltà economiche, chi non riferisce condizioni patologiche severe. L'analisi multivariata conferma statisticamente significativa l'associazione fra percezione positiva dello stato di salute e la giovane età, il vantaggio socio-economico, l'assenza di cronicità.

Ogni intervistato dichiara di aver vissuto, nel mese precedente l'intervista, in media 5 giorni in cattiva salute, di cui 3 per cattiva salute fisica, 3 per cattiva salute psicologica e almeno 1 giorno al mese con limitazione nel normale svolgimento delle attività.

Il numero medio di giorni vissuti in cattiva salute è maggiore fra le donne, gli anziani, fra coloro che hanno un basso livello di istruzione; ancor più alto fra chi ha molte difficoltà economiche o è affetto da malattie croniche severe.

Conclusioni

L'indicatore “prevalenza di persone che si dichiarano in buona salute” è un indicatore basato su un giudizio relativo soggettivo che può includere aspetti difficili da rilevare oggettivamente, come l'integrazione sociale, le risorse fisiologiche e psicologiche, la reazione della persona all'eventuale presenza di una malattia, le circostanze e le proprie aspettative.

Nel territorio dell'Azienda ULSS 18, 7 persone intervistate su 10 riferiscono la percezione di essere in buona salute. Viene confermata una maggiore percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata, nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione, con difficoltà economiche o affette da patologie severe.

A parità di gravità, una determinata patologia può ripercuotersi diversamente sulla funzionalità fisica, psicologica e sociale della persona; per questo l'utilizzo degli indicatori soggettivi dello stato di salute può fornire indicazioni utili per meglio comprendere e corrispondere le esigenze di salute degli individui.

La misura dello stato di salute percepito e, in particolare, il suo monitoraggio nel tempo possono fornire indicazioni alla programmazione a livello di Azienda Sanitaria, dettagli forniti dal Sistema di Sorveglianza PASSI: infatti il “*sentirsi male*” più che lo “*star male*” è spesso l'elemento che determina il contatto tra individuo e Servizio Sanitario.

Gli indicatori dello “stato di salute percepito” sono funzionali ad altre sezioni indagate dal PASSI, come quella dei “sintomi di depressione” a cui forniscono elementi di analisi e lettura più approfondita.

Sintomi di depressione

Il Disturbo Depressivo Maggiore è una patologia che si presenta con tono dell'umore particolarmente basso per un periodo abbastanza lungo, sofferenza psicologica, fatica nel prendersi cura del proprio aspetto e della propria igiene, riduzione e peggioramento delle relazioni sociali, tendenza all'isolamento, difficoltà sul lavoro o a scuola, peggioramento del rendimento.

In Europa, il solo Disturbo Depressivo Maggiore rende conto del 6% del carico (burden) totale di sofferenza e disabilità legato alle malattie. Secondo l'OMS, attualmente questo disturbo è al terzo posto in ordine di importanza per il "carico" che provoca e, se non verrà contrastato, salirà al secondo posto entro il 2020 e al primo entro il 2030. Da un punto di vista di salute pubblica, quindi, il Disturbo Depressivo Maggiore costituisce uno dei problemi più seri e una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale.

PASSI pone sotto sorveglianza i sintomi depressivi fondamentali (i sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività) utilizzando un test validato, il Patient Health Questionnaire-2 (Phq-2), derivato dal Patient Health Questionnaire-9, quale strumento di screening. In ambito di sorveglianza il Phq-2 consente di individuare le persone con probabile disturbo depressivo e ne misura la prevalenza e l'associazione con determinanti, patologie croniche e rischi comportamentali.

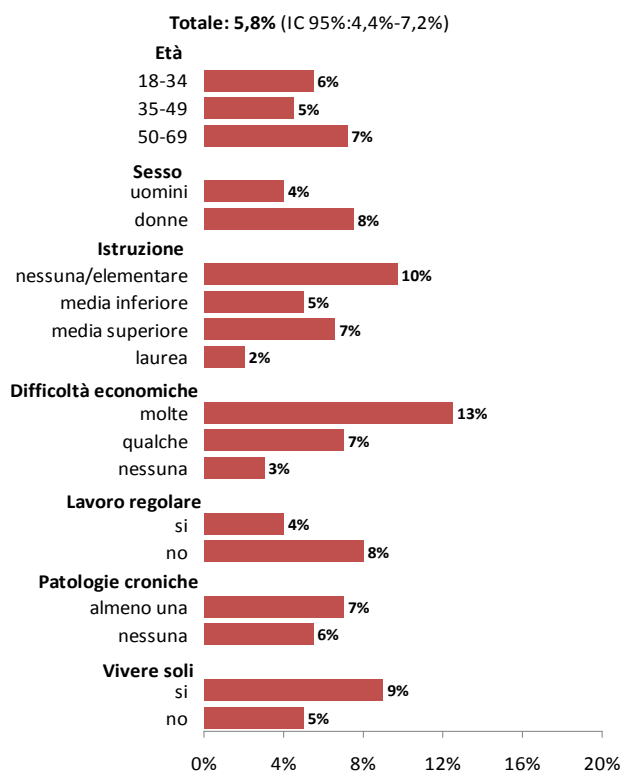
Nell'Azienda ULSS 18, quante sono le persone con sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche socio-demografiche?

Il 5,8% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione, nelle ultime due settimane, prima dell'intervista.

Questi sintomi sono risultati più diffusi:

- nella classe di età 50-69 anni (7,1% vs 5,5% dei 18-34enni e 4,5% dei 35-49enni),
- nelle donne (7,5% vs 4,1% degli uomini),
- nelle persone con basso livello d'istruzione (9,7% nessuno/elementare vs 2,3% laurea/diploma universitario),
- nelle persone con molte difficoltà economiche (12,6% vs 3,1% nessuna difficoltà),
- nelle persone senza un lavoro continuativo (8,1% vs 4,2% con lavoro continuativo),
- nelle persone con almeno una patologia cronica (7,3% vs 5,5%),
- nelle persone che vivono sole (9,2% vs 5,5%).

Sintomi di depressione Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche ULSS 18 – Anni 2010-13

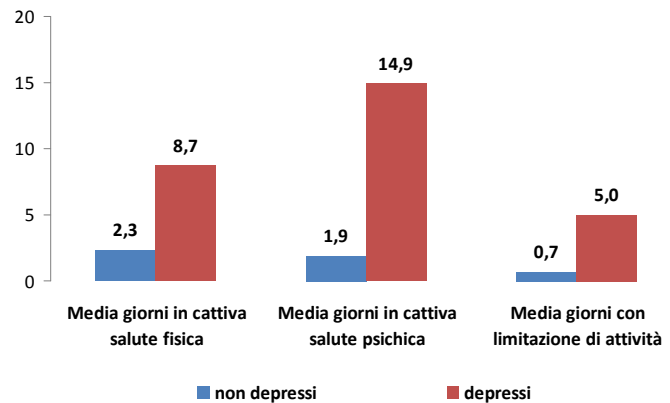


Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla vita di queste persone?

Nel territorio dell'A.ULSS 18, le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone non depresse: il 27,8% ha descritto il proprio stato di salute "buono o molto buono" rispetto al 72,7% delle persone che sono risultate non depresse.

La media di giorni in cattiva salute fisica e/o mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata, logicamente, più alta tra le persone con sintomi di depressione.

Depressione e qualità di vita percepita
ULSS 18 - Anni 2010-13

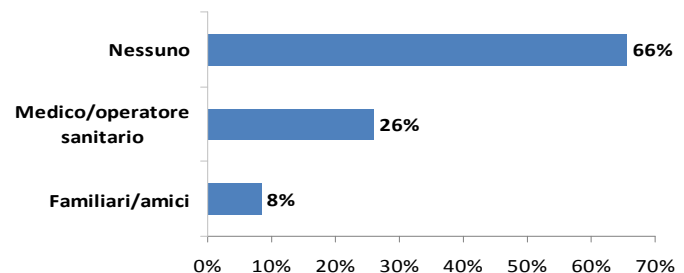


A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

Il 34,4% delle persone con sintomi di depressione ha dichiarato di essersi rivolta a figure di riferimento per affrontare questo problema, in particolare il 26,0% a medici/operatori sanitari e l'8,4% a familiari.

Oltre due terzi (66%) delle persone depresse, però, non si è rivolta ad alcuno.

Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione
ULSS 18 - Anni 2010-13



Regione Veneto e Pool ASL PASSI

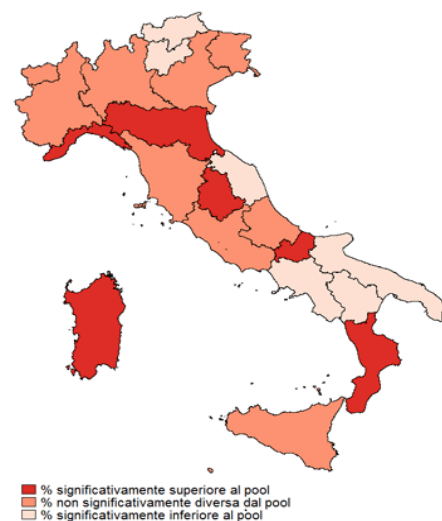
In **Veneto** nel periodo 2010-2013, PASSI rileva che una quota non trascurabile, pari al 6% degli adulti fra 18 e 69 anni, riferisce sintomi di depressione. Il 60% ha cercato aiuto da qualcuno (32% a medici/operatori sanitari, il 20% a familiari/amici), mentre il 40% non si rivolge a nessuno.

Nel **Pool ASL PASSI**, la prevalenza degli intervistati è del 6,5%. Molte di queste persone (40%) non chiedono aiuto a nessuno e chi lo fa si rivolge soprattutto a un medico operatore sanitario (33%), altri a familiari e amici (18%).

La prevalenza di persone con sintomi depressivi cresce al crescere dell'età ed è significativamente più elevata fra i 50-69enni (8%), fra le donne (8%), fra le persone con un titolo di studio basso o assente (11%), fra quelle con molte difficoltà economiche (14%) o senza un lavoro regolare (9%), fra quelli che riferiscono una diagnosi di patologia cronica (14%) e tra coloro che dichiarano di vivere da soli (9%).

Sintomi di depressione

Prevalenze per Regione – Pool di ASL 2010-13



In Lombardia non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

L'analisi multivariata conferma l'associazione dei sintomi depressivi con il genere femminile, le difficoltà economiche, il basso livello di istruzione, il vivere da soli e la presenza di cronicità.

La distribuzione della prevalenza dei sintomi depressivi non disegna un chiaro gradiente geografico e la variabilità regionale è piuttosto contenuta, tuttavia tra le Regioni si rilevano alcune significative differenze: in Sardegna si registra la prevalenza più alta (11%) e in Basilicata la più bassa (3%) (dati medi annui del periodo 2010-2013).

La qualità della vita percepita delle persone che riferiscono sintomi depressivi è decisamente peggiore rispetto al resto della popolazione: infatti, solo una persona su tre (33%) descrive il proprio stato di salute come "buono" o "molto buono" contro il 71% della popolazione senza sintomi depressivi.

Oltre alla salute psicologica, anche la salute fisica delle persone con sintomi depressivi risulta decisamente compromessa, se paragonata al resto della popolazione adulta.

PASSI d'Argento

La depressione, uno dei 4 "giganti" della geriatria così come definita dall'OMS, è presente tra gli anziani intervistati nella misura del 21%, con maggiore frequenza negli ultra75enni rispetto ai 65-74enni (25% vs 18%), con notevoli differenze per genere (uomini 14% vs donne 26%).

Anche nelle persone ultra65enni la differente percezione sembra collegata alle difficoltà economiche, con il 12% di coloro che sentono di arrivare a fine mese con nessuna difficoltà vs il 22% e il 41% di chi percepisce rispettivamente qualche e molte difficoltà economiche.

La prevalenza è maggiore tra chi riferisce diagnosi di patologia cronica: 36% nei casi in cui le patologie sono 3 o più, 19% tra coloro che ne riportano 1 o 2 e 11% tra coloro che dichiarano di non avere patologie croniche.

Soffrono di depressione il 59% degli anziani che non sono autonomi nello svolgere 1 o più attività della vita quotidiana di base (ADL) contro il 18% di chi è autonomo in tutte le ADL e il 43% di quelli non autonomi in almeno 1 attività strumentale (IADL) contro il 14% di chi è autonomo in tutte le IADL.

Una discreta percentuale (21%) di persone con sintomi depressivi non chiede aiuto a nessuno, chi lo fa si rivolge nel 23% dei casi a medico operatore sanitario, nel 19% a familiari e amici, e nella maggior parte dei casi (37%) ad entrambi, medici e persone care. Non emergono differenze di genere o età.

Un aspetto che, pur essendo soggettivo e riguardante la percezione individuale, richiama l'attenzione è certamente che gli intervistati che riportano sintomi di depressione riferiscono che nei 30 giorni precedenti l'intervista hanno vissuto in media 18 giorni in cattiva salute per motivi psicologici.

L'analisi della distribuzione regionale mostra differenze anche molto marcate fra le Regioni con un gradiente di gravità crescente da Nord a Sud. Nelle Isole si rilevano le percentuali maggiori: 34% in Sicilia e 33% in Sardegna, seguono la Campania e la Calabria, dove si registra il 30%.

In **Veneto** la percentuale è pari al 14%. In Molise si riscontra la prevalenza più bassa pari al 13%, come nelle ASL di Milano e Triestina dove si rilevano rispettivamente il 12% e 11%.

La percezione della qualità della propria vita è chiaramente peggiore nelle persone che riferiscono sintomi depressivi rispetto al resto della popolazione: il 58% delle persone che vivono questa condizione definisce il proprio stato di salute come "cattivo" e il 54% è poco soddisfatto della propria vita o proprio per nulla.

Anche la salute fisica, oltre quella psicologica, delle persone che riferiscono sintomi depressivi risulta decisamente compromessa se paragonata al resto della popolazione adulta: nel mese precedente l'intervista le prime dichiarano mediamente molti più giorni vissuti in cattive condizioni fisiche (17 giorni vs 4 giorni), in cattiva salute psicologica (18 vs 3) e molti più giorni con limitazione delle abituali attività, a causa dello stato fisico e psicologico (15 vs 2).

Sintomi di depressione

Prevalenza per Regione di residenza – PdA 2012



Lombardia e Friuli Venezia Giulia hanno partecipato solo con rappresentatività aziendale (ASL di Milano e ASL Triestina)

Conclusioni

Nel territorio dell'Azienda ULSS 18 si stima che circa il 6% degli intervistati, pari a circa 7.000 persone tra i 18 e i 69 anni soffra di disturbi depressivi, con percentuali più alte tra le donne, nelle persone con difficoltà economiche, senza lavoro e nelle persone con patologie severe. Le persone con sintomi di depressione riportano un sensibile peggioramento della qualità della vita e limitazioni nelle attività quotidiane.

Poiché da un punto di vista di salute pubblica il Disturbo Depressivo Maggiore costituisce uno dei problemi più seri e una delle maggiori fonti di carico assistenziale ed economico per i Servizi Sanitari, a livello internazionale, la depressione è riconosciuta quale una delle cinque aree prioritarie del "Patto europeo per la salute e il benessere mentale", varato nel 2008 dalla Commissione europea.

In Italia, secondo le stime dello studio epidemiologico europeo sulla prevalenza dei disturbi mentali "Esemed", ogni anno oltre un milione e mezzo di adulti soffrono di un disturbo depressivo.

I risultati evidenziano, sia a livello nazionale che aziendale, come il trattamento di questa condizione e l'utilizzo dei servizi sanitari preposti non sia ancora soddisfacente, essendo ancora significativamente alta la parte del bisogno non trattato (quasi due persone su tre). Considerato che i disturbi mentali costituiscono una fetta importante del carico assistenziale complessivo attribuibile alle malattie dei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura di cure delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una attuale "sfida" per i Servizi Sanitari.

Inoltre, poiché esistono ancora renitenze culturali soggettive che rendono difficile il riconoscimento della condizione da parte delle persone, è auspicabile che i Medici di Medicina Generale e altri operatori sanitari ricerchino la presenza di sintomi depressivi, tanto più se l'assistito presenta malattie croniche o condizioni disagiate.

In questo senso, sarebbe necessario promuovere e sostenere l'attenzione degli operatori e della comunità su questi temi affinché chi è affetto da depressione possa giovare delle informazioni e del supporto utili ad affrontare efficacemente il problema.

Sicurezza in casa

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e morbosità, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo più sicuro in assoluto. Al contrario, gli incidenti domestici costituiscono un problema di salute di notevoli dimensioni che interessa prevalentemente l'infanzia, le donne (lavoro domestico) e l'età avanzata come conseguenza di fattori di rischio specifici, sia intrinseci (relativi alla persona) sia estrinseci (relativi all'ambiente domestico).

Secondo le stime dell'ISTAT, nel 2011, si sono infortunate circa 2.800.000 persone, di cui il 12% erano bambini di età inferiore ai 14 anni e il 35% adulti/anziani di età superiore ai 64 anni. L'infortunio domestico è un evento improvviso che accade nell'ambito della residenza abitativa o nelle relative pertinenze, quali scale esterne, giardini, garage, terrazze, ecc., determinato da causa esterna involontaria, provoca un danno, temporaneo o permanente, alla salute dell'individuo e comporta il ricorso a cure sanitarie.

PASSI rileva il livello di consapevolezza del rischio di incidente domestico, cioè il primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali.

A partire dal 2012, 12 Regioni su 21 (Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria e Sardegna) hanno raccolto anche dati aggiuntivi sulle informazioni ricevute per la prevenzione degli infortuni domestici, aderendo a un modulo opzionale inserito *ad hoc*.

Qual è la percezione del rischio di subire un infortunio domestico?

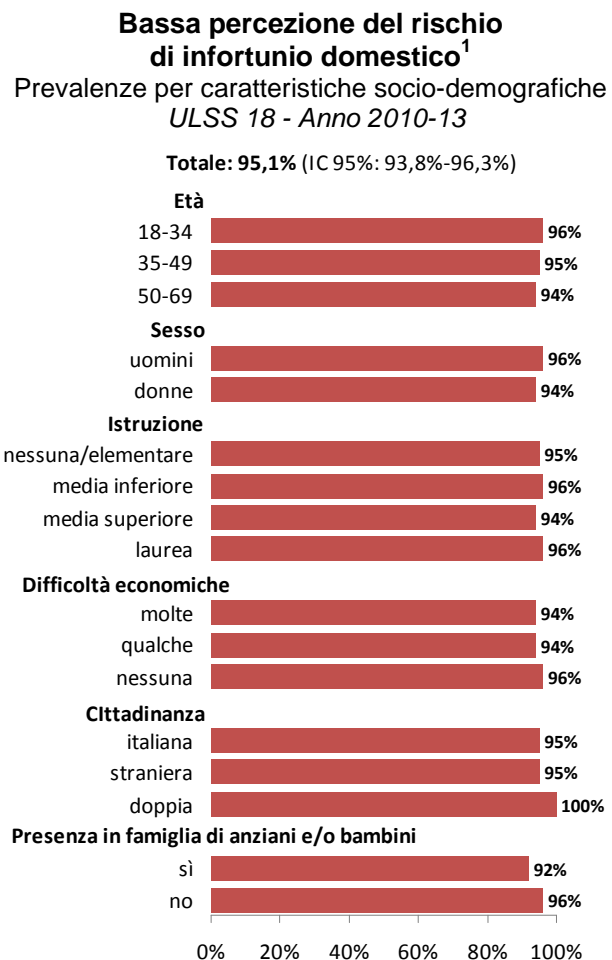
Nel territorio dell'Azienda ULSS 18 nel quadriennio 2010-2013, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare molto scarsa: il 95,1% degli intervistati ha dichiarato, infatti, di considerare questo rischio basso o assente.

Le percentuali per tutte le caratteristiche socio-demografiche analizzate sono molto elevate.

Una *più alta* consapevolezza del rischio E' presente negli intervistati:

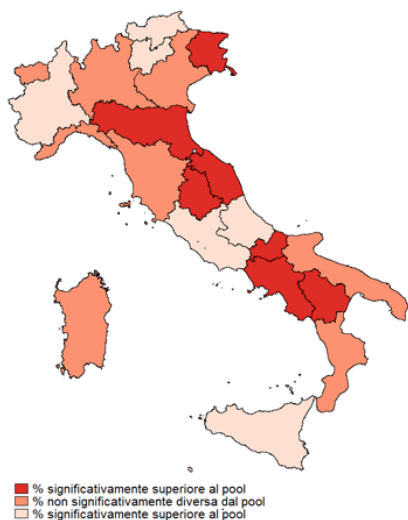
- della classe di età 50-69 anni,
- di sesso femminile,
- con difficoltà economiche,
- con presenza in casa di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani).

¹ Persone che hanno valutato "bassa" o "assente" la possibilità di avere un infortunio domestico nel proprio nucleo familiare



Consapevolezza del rischio di infortunio domestico

Prevalenze per Regione - Pool di ASL 2010-13



Regione Veneto e Pool di ASL PASSI

In **Veneto** la percentuale di persone con una *alta o molto alta percezione* del rischio di infortunio domestico è pari al 6% così come nel **Pool di ASL PASSI**.

La consapevolezza del rischio di infortunio domestico è maggiore tra le persone di 35-49 anni (6,5%), tra le donne (7%), tra chi ha più difficoltà economiche (8%), tra i cittadini italiani (6%) e tra chi convive con anziani o bambini (7%); l'analisi multivariata conferma queste associazioni.

La distribuzione per Regione di residenza della percezione del rischio di infortunio domestico non disegna un gradiente geografico. Il valore più basso si registra per l'Abruzzo (3%), quello più alto in Molise (11%).

Nell'Azienda ULSS 18, quanti hanno subito un infortunio domestico per il quale sono dovuti ricorrere al Medico di famiglia, al Pronto Soccorso o all'Ospedale?

Nel territorio dell'A.ULSS 18, la percentuale di intervistati che, nei 12 mesi precedenti all'intervista, hanno riportato un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del Medico di famiglia o l'accesso al Pronto Soccorso o l'ospedalizzazione, è del 4,4% (era del 3,2% nella precedente rilevazione).

Nello stesso periodo, in **Regione Veneto** la percentuale è risultata del 3,9% mentre nel **Pool di ASL PASSI** del 3,5% (valori pressochè identici alla precedente rilevazione).

Infortunio in ambiente domestico

Prevalenze per Regione – Pool ASL Passi 2010-13



n Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Quante persone hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici?

Negli ultimi 12 mesi nel territorio dell'Azienda ULSS 18, il 41,3% degli intervistati riferisce di aver ricevuto informazioni sulla prevenzione degli incidenti domestici.

Hanno ricevuto le informazioni soprattutto le persone:

- nella classe di età 50-69 anni,
- di sesso maschile,
- con laurea o diploma universitario,
- con nessuna difficoltà economica,
- con alta o molto alta percezione del rischio,
- nel caso di presenza in casa di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani).

Tra coloro che hanno ricevuto informazioni, le principali fonti sono state:

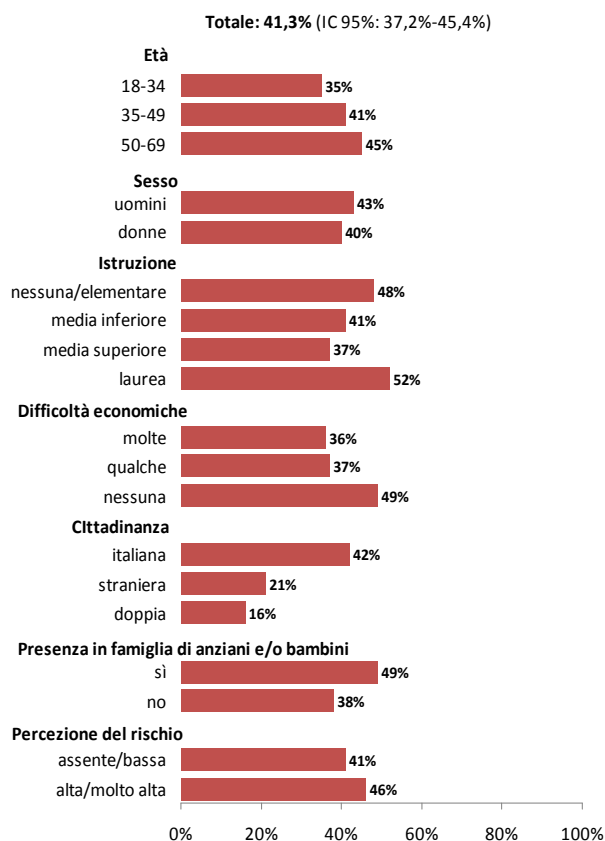
- opuscoli specifici (70,1%),
- mass media (60,7%),
- medici/operatori sanitari/tecnici della prevenzione (19,0%),
- tecnici non sanitari, operai dei servizi, vigili del fuoco (14,8%).

Nessuno ha dichiarato di aver avuto informazioni da parenti o amici.

Tra coloro che hanno ricevuto le informazioni, il 27,1% degli intervistati ha dichiarato di aver modificato i propri comportamenti o di aver adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.

Informazioni ricevute sulla prevenzione degli infortuni domestici

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ULSS 18 - Anno 2010-13



Nel **Pool di ASL PASSI**, 1 intervistato su 5 dichiara di aver ricevuto qualche informazione su come poter prevenire gli infortuni domestici.

Coloro che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione degli incidenti domestici hanno dichiarato come fonti più comuni i mass media (49%) e gli opuscoli specifici (47%). Un ruolo informativo meno importante lo hanno avuto operatori sanitari e tecnici della prevenzione (medici, infermieri e assistenti sanitari, 13%), i tecnici non sanitari (11%) e parenti o amici (4,7%).

Tra chi ha ricevuto informazioni, il 30% dichiara di aver poi modificato i propri comportamenti o di aver adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.

Conclusioni

Le persone intervistate risultano avere una bassa consapevolezza del rischio infortunistico in ambiente domestico, anche quando vivono con bambini o anziani o sono esse stesse ultra64enni: condizioni e situazioni, queste, in cui il rischio tende ad aumentare ed in cui la prevenzione assume un ruolo fondamentale.

Esistono programmi efficaci per la prevenzione delle cadute degli anziani, individuati dal Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), e anche per la prevenzione degli infortuni dei bambini e di quelli legati al lavoro domestico.

La Legge n.493 del 3 dicembre 1999, “Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell’assicurazione contro gli infortuni domestici”, oltre a prevedere l’assicurazione obbligatoria per questo tipo di rischio, affida al Servizio Sanitario Nazionale il compito di promuovere la sicurezza domestica, attraverso azioni di informazione ed educazione volte a rimuovere le cause di nocività e infortuni negli ambienti di civile abitazione. Le ASL dovrebbero individuare e valutare i rischi per la sicurezza domestica e fornire assistenza per eliminare i pericoli presenti nelle abitazioni, collaborando con altri organi preposti alla sicurezza, come ad esempio i Vigili del Fuoco.

La stessa legge istituisce inoltre, presso l’Istituto Superiore di Sanità, il “Sistema informativo nazionale sugli incidenti in ambiente di civile abitazione (SINIACA)”, un sistema che prevede, tra l’altro, la possibilità di avere dati sull’attività svolta al momento dell’incidente, l’ambiente in cui si è verificato e la natura della lesione principale. Strumenti di sviluppo di questa attività di prevenzione sono il Piano nazionale di prevenzione (PNP), che pone la prevenzione degli incidenti domestici tra i dieci macro obiettivi da perseguire, e alcuni specifici progetti CCM.

L’Azienda ULSS 18 promuove la prevenzione degli incidenti domestici attraverso diverse iniziative:

1. rivolte ai neo genitori che ricevono informazioni dal personale sanitario del Percorso Nascita sulla necessità di adeguare ambiente e comportamenti domestici al loro bambino, le cui capacità ed abilità sono in continuo divenire (progetto “Baby bum! La vita cambia, cambia la casa”);
2. rivolte ad insegnanti, alunni e genitori della Scuola dell’Infanzia e della Scuola Primaria (progetto “Affy Fiutapericolo”) e della Scuola Secondaria di primo grado (progetto “Eclissi totale”) e finalizzate ad avviare precocemente un’azione centrata sull’assunzione di corretti comportamenti personali e sociali alla scoperta dell’ambiente di vita, sviluppare processi di riflessione sul concetto di sicurezza e favorire la cultura della prevenzione;
3. rivolte agli anziani (progetto ArgentoAttivo”) attraverso l’organizzazione di percorsi formativi rivolti ai caregiver e la distribuzione alla popolazione anziana di strumenti informativi ad hoc, anche in sinergia con enti di promozione sportiva ed in collaborazione con le farmacie del territorio.

Sicurezza sulla strada

Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto i 40 anni. Nel 2013, secondo dati ISTAT, si sono registrati in Italia 181.227 incidenti stradali con lesioni a persone. Il numero dei morti (entro il 30° giorno) ammonta a 3.385, quello dei feriti a 257.421.

Rispetto al 2012, il numero di incidenti scende del 3,7%, quello dei feriti del 3,5% mentre per il numero dei decessi la flessione è del 9,8%. Tra il 2001 e il 2013 la riduzione delle vittime della strada è stata del 52,3%, in valore assoluto si è passati da 7.096 a 3.385.

Delle 3.385 vittime della strada nel 2013, 2.691 sono maschi e 694 femmine. Nei maschi, la classe di età in cui si registra il maggior numero di decessi è quella compresa tra i 20 e 24 anni (248); seguono, con numerosità pressoché analoghe, le fasce di età 25-29 e 40-44 anni (221 e 222 decessi).

Tra i 2.297 conducenti deceduti a seguito di incidente stradale, il 42,1% aveva un'età compresa tra i 20 e i 44 anni (968 in totale), con valori massimi registrati soprattutto tra i giovani 20-24enni (219) e tra gli adulti nella classe 40-44 anni (215).

Analizzando la distribuzione dei deceduti in base al sesso lo svantaggio degli uomini è piuttosto deciso, mentre per classe di età, malgrado il calo complessivo delle vittime si osserva un aumento nelle classi di età 0-4 anni e 65-69 anni. Il numero di morti tra i bambini fino a 4 anni passa da 9 a 23 casi tra il 2012 e il 2013, quello dei 65-69enni da 160 a 196. La categoria di veicolo più coinvolta in incidente stradale è quella delle autovetture (67,5%); seguono i motocicli (12,8%), gli autocarri (6,4%), le biciclette (5,3%) e i ciclomotori (4,5%).

Gli incidenti stradali rappresentano quindi un fenomeno di primaria importanza sia per le conseguenze sulla salute, sia per la possibilità di ridurne consistentemente numero e gravità.

Il programma Europeo di azione per la sicurezza stradale 2011-2020 prevede un ulteriore dimezzamento del numero dei morti sulle strade entro il 2020 e una riduzione dei feriti gravi.

Per prevenire gli incidenti stradali esistono politiche e interventi di provata efficacia volti a rendere più sicuri i veicoli, le infrastrutture e le condizioni del traffico, e altri destinati a ridurre la frequenza della guida sotto l'effetto di alcol o sostanze stupefacenti.

Tra le misure volte a mitigare le conseguenze degli incidenti stradali, i dispositivi di sicurezza individuali hanno mostrato una grande efficacia pratica. Per questo, il Codice della Strada (artt.171 e 172) dispone l'obbligo dell'uso del casco per chi va in moto, delle cinture di sicurezza per chi viaggia in auto. In più, è obbligatorio che i minori viaggino assicurati con dispositivi appropriati all'età ed alla taglia: seggiolini di sicurezza e adattatori (rialzo che consente di indossare la cintura).

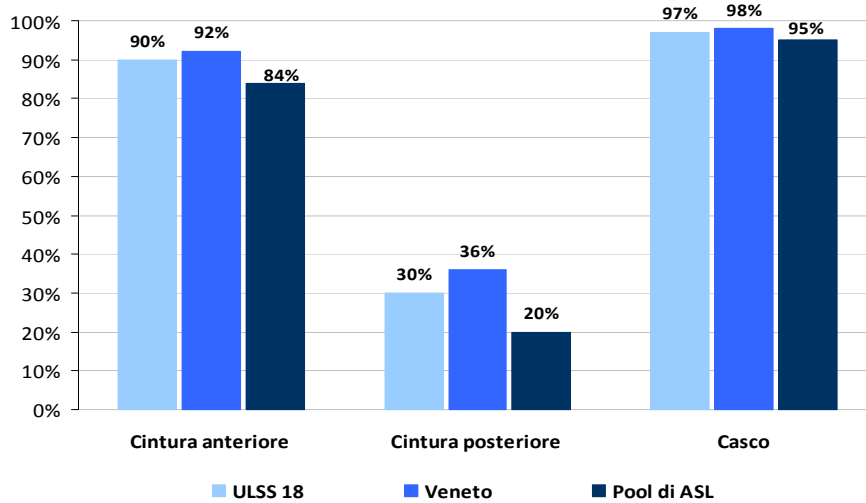
Gli indicatori con cui PASSI misura la frequenza di uso dei dispositivi di sicurezza sono basati sulla dichiarazione degli intervistati circa il loro comportamento abituale.

Nel territorio dell'Azienda ULSS 18, quanti utilizzano i dispositivi di sicurezza?

Nel periodo 2010-2013 nel territorio dell'A.ULSS 18, la quasi totalità degli intervistati, che dichiarano di andare in auto o in moto come guidatori o passeggeri, ha un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (90,3%) e il casco (97,2%). L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo il 30,1% degli intervistati, infatti, la usa sempre, anche se c'è stato un aumento di 2 punti percentuali rispetto al quadriennio 2008-2011.

Uso dispositivi di sicurezza *

ULSS 18 - Anni 2008-11



*Tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto

Nel territorio dell'A.ULSS 18, l'utilizzo delle cinture di sicurezza sui sedili posteriori è risultato più basso:

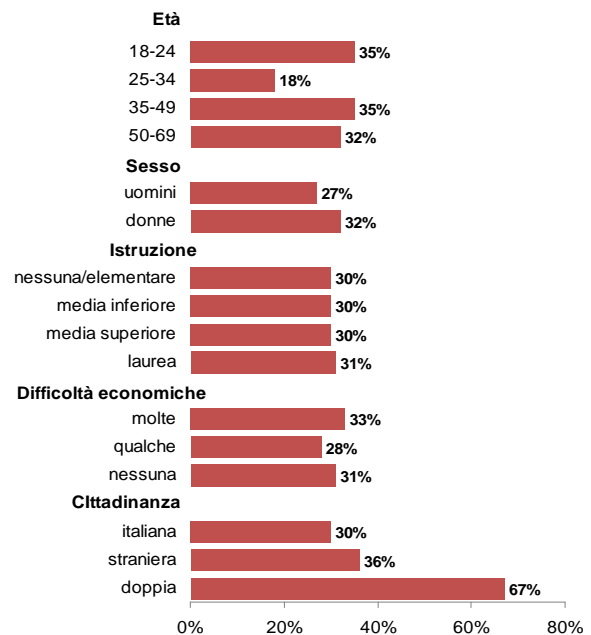
- nella classe d'età 25-34 anni,
- negli uomini,
- nelle persone con qualche difficoltà economica.

Non risultano differenze per quanto riguarda il livello di istruzione, mentre, per quanto riguarda la cittadinanza, il valore relativo alle persone con cittadinanza doppia (vedi grafico) non ha significato statistico per la scarsissima numerosità.

Utilizzo sempre delle cinture posteriori

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ULSS 18 – Anni 2010-13

Totale: 30,2% (IC 95%: 25,3%-31,9%)



Regione Veneto e Pool di ASL PASSI

In **Veneto** nel periodo 2010-2013, il 92% degli intervistati dichiara di indossare sempre la cintura di sicurezza sul sedile anteriore, mentre solo il 36% utilizza sempre la cintura posteriore; invece il 98% delle persone che ha viaggiato su una moto dichiara di aver indossato sempre il casco. I valori riportati nel **Pool di ASL PASSI** sono rispettivamente l'84% e il 20% per l'utilizzo delle cinture rispettivamente anteriore e posteriore ed il 95% per l'utilizzo del casco.

È presente un gradiente territoriale statisticamente significativo nell'uso dei dispositivi di sicurezza, più frequente nelle Regioni del Nord e del Centro Italia e meno in quelle del Sud-Isole.

L'uso della cintura anteriore viene utilizzata sempre da oltre 9 intervistati su 10 nelle Regioni del Nord, mentre nelle Regioni del Sud sono poco più di 7 su 10, con la percentuale più bassa in Puglia (67%). Nettamente meno frequente è l'uso della cintura posteriore che resta più diffuso nelle Regioni del Nord: in Liguria, **Veneto** e Friuli Venezia Giulia più di 3 intervistati su 10 dichiarano di indossarla sempre; nella P.A. di Bolzano si registra la percentuale più elevata (53%).

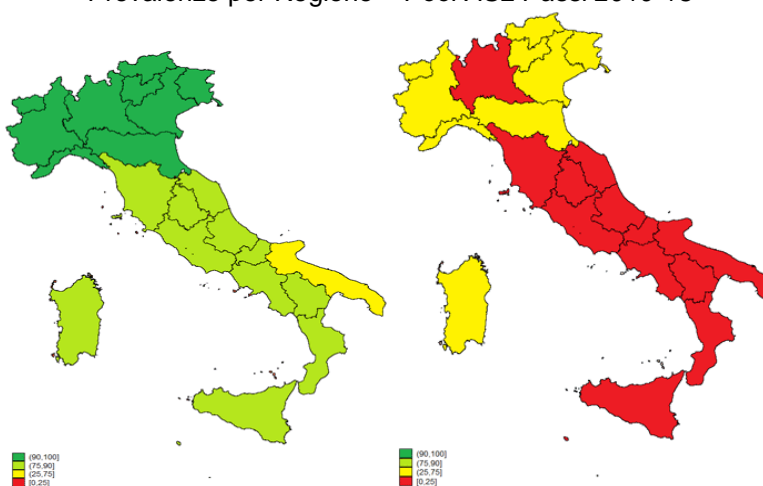
Nel resto del Paese meno del 20% degli intervistati ne riferisce un uso regolare; in Sicilia e Puglia si registrano i valori più bassi (9%).

L'uso del casco è frequente ma ancora piuttosto eterogeneo sul territorio nazionale: in Liguria e in Lombardia si arriva quasi al 100%, mentre è meno frequente nelle Regioni meridionali e in particolare in Molise si registra il valore più basso (84%).

I gruppi di popolazione che usano maggiormente i dispositivi di sicurezza sono in generale le persone più grandi di età e quelle più agiate. In particolare, l'uso del casco è più frequente anche tra le donne e le persone con elevato livello di istruzione, così come l'uso della cintura anteriore, maggiormente riportato anche tra gli stranieri; l'uso della cintura posteriore si caratterizza, invece, per una maggiore frequenza tra i meno istruiti e gli stranieri.

Uso della cintura anteriore e posteriore sempre

Prevalenze per Regione – Pool ASL Passi 2010-13



Uso del casco sempre

Prevalenze per Regione – Pool ASL Passi 2010-13



Utilizzo dei sistemi di sicurezza, seggiolini e/o adattatori, per il trasporto in auto di bambini

Con la sorveglianza PASSI, a partire dal 2011, si rileva l'utilizzo dei sistemi di sicurezza, seggiolini e/o adattatori, per il trasporto in auto di bambini, chiedendo agli adulti 18-69enni, che dichiarano di vivere in famiglia con bambini fino a 6 anni di età, se quando viaggiano in auto con il bambino abbiano difficoltà a farlo stare sul seggiolino o sull'adattatore, come proxy del "non utilizzo" o "utilizzo inadeguato" di questi sistemi.

Dai dati rilevati nel territorio dell'A.ULSS 18 nel triennio 2011-2013, anche se la numerosità delle persone che hanno risposto non è sufficiente per una significatività statistica, emerge che tra coloro che viaggiano in auto con bimbi di 0-6 anni di età, circa

un quarto degli intervistati dichiara o di avere difficoltà o di non utilizzare o addirittura di non avere alcun dispositivo di sicurezza per il bambino, anche se circa due terzi degli adulti hanno visto o sentito campagne informative sull'utilizzo di tali sistemi.

Nel **Pool di ASL PASSI**, la percentuale delle persone che dichiarano difficoltà nell'utilizzo è del 22%, con una frequenza che sale al 31% nelle Regioni meridionali, è pari al 22% in quelle centrali e al 19% al Nord.

Conclusioni

La sicurezza stradale in Italia ha fatto grandi progressi negli ultimi anni, sfiorando il raggiungimento degli obiettivi di salute che erano stati stabiliti nel "Libro bianco" del 2001 sulla politica dei trasporti, in cui l'Unione Europea si proponeva di dimezzare la mortalità da incidenti stradali nel decennio. Tra le varie misure e politiche adottate, prioritari sono stati gli interventi per rendere più sicuri i veicoli e le infrastrutture e per migliorare i comportamenti, puntando sia sull'utilizzo dei dispositivi di sicurezza in auto e moto, sia sulla guida sotto effetto dell'alcol.

I dati PASSI sull'uso di cinture, casco e seggiolini di sicurezza misurano i comportamenti abituali dichiarati dagli intervistati. Le percentuali ottenute, quando interpretate come indicatori dell'adesione alle raccomandazioni e alla legge dell'obbligo di usare i dispositivi, forniscono in genere un quadro più favorevole di quanto esso sia nella realtà. La sovrastima è variabile a seconda del dispositivo e del contesto. Tuttavia gli studi che hanno confrontato i dati riferiti con quelli derivati dall'osservazione diretta ("sistema Ulisse") hanno mostrato che esiste una buona correlazione tra le due misure. Ciò ha indotto ad utilizzare i dati riferiti, come quelli tratti da PASSI, per valutare le differenze territoriali e i trend temporali, informazioni essenziali per indirizzare i programmi di intervento.

Dai dati emerge, sia nel territorio dell'Azienda ULSS 18 che nelle Regioni partecipanti, una grande differenza nell'uso dei tre dispositivi: l'uso del casco in moto è quasi generale, l'uso della cintura anteriore in auto è molto frequente, mentre solo una minoranza di chi viaggia sui sedili posteriori di un'auto dichiara di indossare la cintura e negli ultimi anni la situazione non è migliorata in modo sostanziale.

Nel nuovo "Libro bianco dei trasporti", prodotto dalla Commissione dell'UE, che riporta le strategie per il sistema dei trasporti fino al 2050, è presentata la visione di «zero vittime» nel trasporto su strada, con l'obiettivo intermedio di dimezzare il numero di vittime entro il 2020, e uno dei cardini è la formazione e l'educazione degli utenti e la promozione dell'uso degli equipaggiamenti di sicurezza (cinture, indumenti protettivi, ecc.).

Gli sforzi volti a generalizzare l'uso dei dispositivi di sicurezza dovrebbero essere aumentati soprattutto per quanto riguarda l'uso delle cinture posteriori attraverso quegli interventi che hanno dimostrato efficacia e che ricadono in parte sotto la responsabilità delle Forze dell'Ordine, come nel caso dei programmi specifici di applicazione intensiva delle norme del codice della strada (aumento del numero di postazioni, pattuglie, controlli specifici e contravvenzioni) accompagnati da campagne informative e interventi educativi, volti ad indurre un cambiamento positivo anche in chi non ha ancora subito controlli.

Anche il Sistema Sanitario ha, però, un ruolo essenziale sia perché si prende cura dei traumatizzati, sia per il suo patrimonio informativo che consente di fornire indicazioni sugli interventi preventivi efficaci e sui gruppi della popolazione che sono a maggior rischio, come emerge dai sistemi di sorveglianza nazionali, come PASSI e Ulisse.

I Piani della Prevenzione hanno consentito un netto miglioramento delle conoscenze sulle prove scientifiche relative all'efficacia di questi interventi: è indispensabile quindi continuare gli sforzi per far cooperare il mondo della prevenzione con gli organi di vigilanza che operano per aumentare l'uso dei dispositivi di sicurezza.

Programmi di prevenzione: screening oncologici

Gli screening organizzati sono interventi efficaci di sanità pubblica finalizzati ad individuare, nella popolazione asintomatica invitata attivamente a sottoporsi al test, una malattia in una fase preclinica o i precursori della malattia stessa. Lo screening si propone, quindi, di ridurre la mortalità per causa specifica nella popolazione che si sottopone regolarmente a controlli per la diagnosi precoce di neoplasie o lesioni precancerose.

È stato dimostrato che i programmi di screening per il cancro della cervice uterina, della mammella e del colon retto, non solo salvano numerose vite umane, ma aumentano la sopravvivenza e la qualità della vita, con effetti positivi decisamente superiori a quelli negativi. Inoltre, per la loro stessa struttura organizzativa, sono in grado di incidere sulle disuguaglianze nella salute.

Rispetto ai programmi di prevenzione oncologica, il Sistema di Sorveglianza PASSI rileva, chiedendolo direttamente alle persone interessate per genere e fasce di età, se e quando sono stati effettuati il Pap test e/o la mammografia e/o la ricerca di sangue occulto o la colonscopia e se sono stati eseguiti all'interno del programma di screening organizzato dalla ASL oppure su iniziativa personale (la stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame). Gli screening organizzati riducono le disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione e per la gran parte delle persone meno istruite o con maggiori difficoltà economiche o straniere, che meno frequentemente di altre si sottopongono agli screening, l'offerta di un programma organizzato rappresenta l'unica occasione di prevenzione delle neoplasie suddette.

I dati riportati nelle presentazioni sono tratti da "I numeri del cancro in Italia 2014"-AIRTUM e Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)-CCM e dal report 2014 dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS).

Diagnosi precoce della neoplasia del collo dell'utero

Il fattore eziologico di carcinoma della cervice uterina è costituito da un pool di ceppi ad alto rischio del Papilloma Virus Umano a trasmissione per via sessuale. I fattori di rischio riguardano fundamentalmente tutte le condizioni di trasmissione del virus e di progressione delle lesioni pre-maligne. Queste condizioni sono favorite dal basso livello socio-economico (per scarso accesso alla prevenzione), numero di partner, giovane età di inizio dell'attività sessuale e parità.

Fra gli ulteriori fattori di rischio sono stati individuati gli stati di immunodeficienza, il fumo di sigaretta e la contraccezione ormonale. Una componente familiare del rischio è stata riconosciuta, pur nella difficoltà di discriminare tra fattori propriamente genetici (immunodeficienza) e la condivisione di fattori ambientali.

Il carcinoma della cervice uterina è al secondo posto nel mondo, dopo la mammella, tra i tumori che colpiscono le donne e rappresenta in Italia la sesta neoplasia per frequenza, con circa 3.700 nuovi casi all'anno, anche se incidenza e mortalità dal 1980 al 2015 sono in continua riduzione. Nel 2013 si stimano in Italia 1.580 nuovi casi di tumore del collo dell'utero e circa 720 decessi, ovvero 5 nuovi casi annui ogni 100.000 donne e 2 decessi l'anno ogni 100.000 donne. Il tasso standardizzato di incidenza è passato da 13,9 a 3,5 per 100.000 persone/anno, mentre il tasso standardizzato di mortalità scende da 7 a 1,3 per 100.000 persone/anno.

Monitorare costantemente incidenza e mortalità è particolarmente importante per valutare il reale impatto delle campagne di prevenzione diffuse sul territorio. Questi andamenti

decrementi di incidenza e mortalità sono sicuramente imputabili all'aumentata diffusione del pap-test che consente di individuare e curare lesioni precancerose.

In Italia il tumore della cervice uterina da molto tempo è oggetto di screening spontaneo e organizzato. Secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale Screening, i programmi di screening organizzati, basati sull'invito attivo da parte del SSN e su un percorso di approfondimento definito e gratuito, nel 2010 hanno coperto l'80% delle donne italiane di 25-64 anni, che vivono in aree dove questi sono attivi ed il 68% è stato raggiunto da un invito della ASL ad aderire allo screening (dato in aumento rispetto al 51% del 2004). Il divario di copertura della popolazione bersaglio del Pap test (25-64 anni) tra Sud e Centro-Nord si è andato riducendo; tuttavia la percentuale di adesione all'invito risulta ancora variabile tra le diverse aree (49% al Nord, 38% al centro, 28% al Sud).

Dal 2010 sono stati avviati in diverse ASL (tra cui l'Azienda ULSS 18) progetti pilota al fine di valutare l'utilizzo del test del Papilloma Virus (HPV) come test di screening primario, viste le sufficienti prove scientifiche che affermano che il test con HPV è più sensibile del Pap test e presenta rischi comparabili. L'Italia sarà uno dei primi Paesi ad effettuare questo cambiamento nel test di screening primario e applicarlo alla vasta rete degli screening organizzati. Anche per l'esecuzione del test dell'HPV è raccomandata una periodicità triennale alle donne di 25-64 anni, in attesa della valutazione definitiva degli studi pilota condotti. Accanto alla modalità "organizzata" raccomandata, rimane presente anche una quota non trascurabile di "screening spontaneo", caratterizzato da un intervento a livello individuale su iniziativa spontanea o su consiglio medico.

Nel territorio dell'Azienda ULSS 18 il programma di screening organizzato, avviato nell'anno 1998, coinvolge circa 18.000 donne all'anno.

Nell'Azienda ULSS 18, quante donne hanno eseguito un test di screening in accordo con le linee guida?

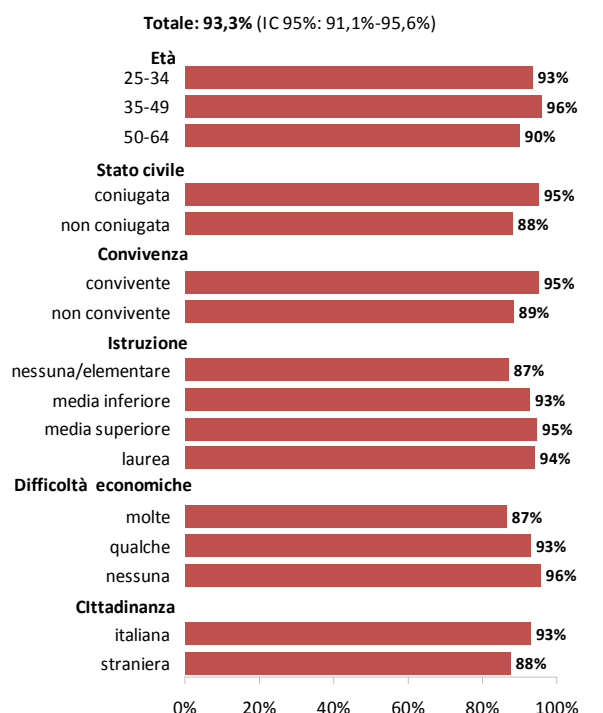
Nel territorio dell'A.ULSS 18 nel periodo 2010-2013, il 93,3% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver eseguito un test di screening preventivo per la neoplasia del collo dell'utero (Pap test o HPV test) nel corso degli ultimi tre anni (era il 91% nel quadriennio 2008-2011).

In particolare, l'esecuzione del test di screening nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:

- nella classe di età 35-49 anni (96,1% vs 93,5% nelle 25-34 aa e 90,3% nelle 50-64 aa),
- coniugate,
- conviventi,
- con più alto livello d'istruzione (94,3% laurea e scuola media superiore vs 87,5% nessun titolo o licenza elementare),
- senza difficoltà economiche (95,6% vs 86,6% con molte difficoltà),
- con cittadinanza italiana (93,4% vs 87,7% straniera).

Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni Donne 25-64 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ULSS 18 - Anni 2010-13



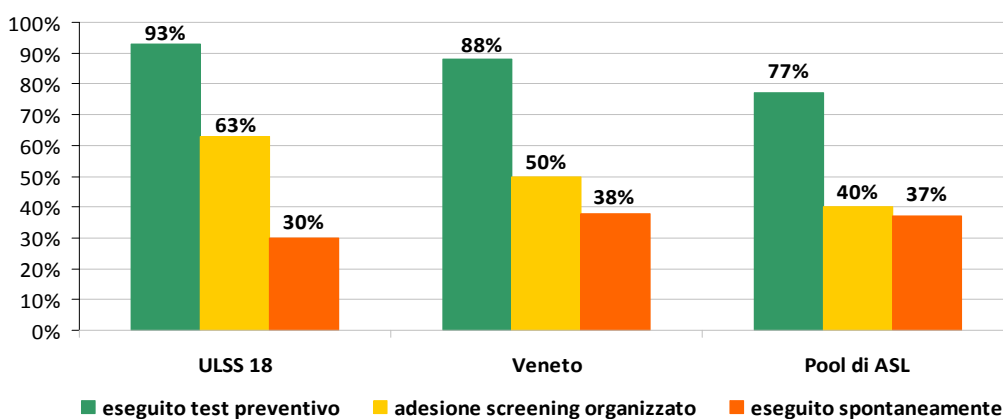
Quante donne hanno eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato e quante spontaneamente?

Accanto alla modalità organizzativa raccomandata, è presente anche una quota non trascurabile di "screening spontaneo", caratterizzato da un intervento a livello individuale su iniziativa spontanea o su consiglio medico. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame.

Nel territorio dell'A.ULSS 18, le donne intervistate di 25-64 anni che hanno effettuato il test preventivo negli ultimi 3 anni, sono oltre 9 su 10 (93%) e di queste il 63,3% ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato, mentre il 29,9% l'ha eseguito come prevenzione individuale.

Test di screening per neoplasia cervicale negli ultimi 3 anni all'interno o al di fuori di un programma organizzato Donne 25-64 anni

ULSS 18, Veneto, Pool di ASL – Anni 2010-13



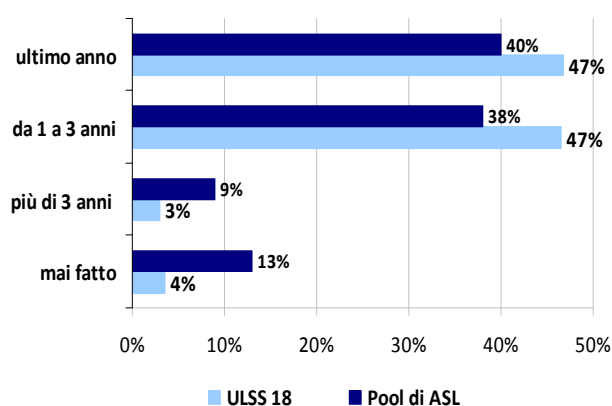
Qual è la periodicità di esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale?

L'esecuzione del Pap test è raccomandata con periodicità triennale; si è al momento mantenuta tale indicazione anche per il test dell'HPV, in attesa della valutazione degli studi pilota condotti.

Nel territorio dell'A.ULSS 18, la quota stimata delle donne che non pratica affatto la prevenzione del tumore della cervice uterina o lo fa in modo non ottimale, è pari al 6,6%: il 3,6% riferisce di non essersi mai sottoposte a screening ed il 3,0% di averlo fatto da più di 3 anni. La mancata esecuzione del test sembra associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta "percezione del rischio" sembra giocare il ruolo principale: il 27,6% ritiene infatti di "non averne bisogno" ed il 6,9% non lo fa "per pigrizia".

Periodicità di esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale Donne 25-64 anni

ULSS 18, Pool ASL - Anni 2010-13



Quale promozione e quale efficacia degli interventi nell'esecuzione dello screening per neoplasia cervicale?

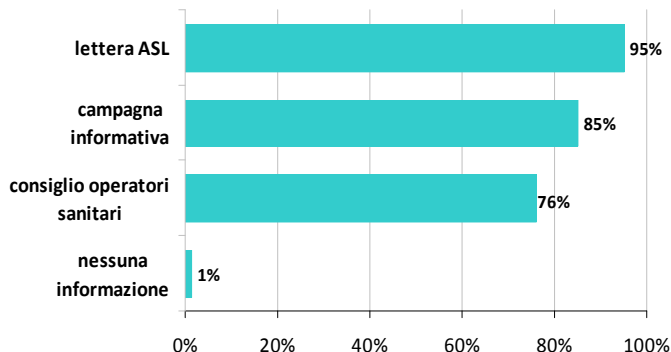
Nel territorio dell'A.ULSS 18, le donne intervistate di 25-64 anni hanno riferito:

- il 94,5% di aver ricevuto una lettera di invito dall'ULSS,
- l'84,8% di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del test di screening,
- il 75,9% di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario.

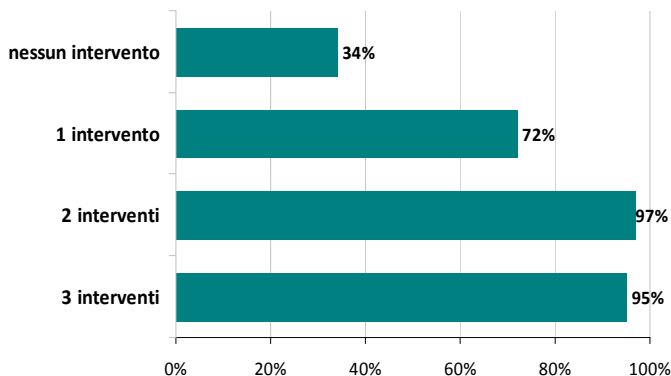
L'1,4% ha dichiarato di non aver ricevuto alcun intervento informativo.

L'efficacia della promozione cresce all'aumentare del numero di interventi; con 2 o 3 interventi l'adesione arriva al 95%: aver ricevuto la lettera di invito associata al consiglio di un operatore sanitario dà luogo all'effettuazione dello screening nel 97,2%.

Promozione degli interventi
Donne 25-64 anni *
ULSS 18 - Anni 2010-13



Efficacia degli interventi
Donne 25-64 anni *
ULSS 18 - Anni 2010-13



*escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero

Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni Donne 25-64 anni

Prevalenze per Regione - Pool di ASL 2010-13
Pool di ASL: 77,6% (IC95%:77,2-78,1%)



Regione Veneto e Pool ASL PASSI

In **Veneto** l'88% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato test di screening cervicale (Pap test o Hpv test) a scopo preventivo negli ultimi 3 anni.

Nel **Pool di ASL PASSI** 2010-2013, quasi 4 donne su 5 di 25-64 anni di età (77%), riferiscono di aver effettuato lo screening, con una frequenza significativamente più alta fra le donne 35-49enni (83%), fra le coniugate o conviventi (81%), fra le donne con titolo di studio più elevato (81%) e fra le donne senza difficoltà economiche (82%). La copertura tra le italiane è più alta rispetto alle straniere (78% vs 72%). L'analisi multivariata conferma l'associazione con tutte le variabili prese in considerazione.

La distribuzione geografica della copertura dello screening cervicale disegna un gradiente geografico a svantaggio delle Regioni meridionali: la percentuale di donne che si sottopone a screening cervicale a scopo preventivo è pari all'85% fra le residenti nel Nord Italia (nella P.A. di Bolzano raggiunge il 91%), è significativamente più bassa al Centro 84%, e soprattutto nel Sud e nelle Isole in cui coinvolge solo il 65% della popolazione target (la percentuale più bassa si registra in Calabria con il 57%).

Lo screening cervicale a scopo preventivo viene effettuato in maggior misura nell'ambito dei programmi "organizzati" dalle ASL: nel **Veneto** aderisce allo screening organizzato il 50% delle target femminile, mentre il 38% effettua il test spontaneamente; nel **Pool di ASL** il 40% si sottopone a screening offerti dalle ASL, con una percentuale maggiore nelle regioni del centro-nord, mentre il 37% lo fa su iniziativa spontanea.

Nel **Pool di ASL** risulta rilevante la quota delle donne che non pratica affatto la prevenzione del tumore della cervice uterina o lo fa in modo non ottimale: il 13% riferisce di non essersi mai sottoposta a screening cervicale e il 9% riferisce di averlo fatto da più di 3 anni. Diverse sono le motivazioni fornite per la mancata esecuzione del test di screening, la più frequente (30%) è l'idea di non averne bisogno, che può essere interpretata come una errata percezione del rischio.

Conclusioni

Nel territorio dell'Azienda ULSS 18 il programma di screening, iniziato nel 1998, è ormai consolidato.

La quota di adesione al programma organizzato aziendale rilevata da PASSI nell'ULSS 18 (63%) risulta molto superiore a quella presente a livello nazionale (40%) e testimonia la fiducia della popolazione nei programmi di sanità pubblica.

Lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative sono gli strumenti più efficaci: nelle donne raggiunte da questi interventi, soprattutto se associati, la percentuale di esecuzione dell'esame cresce significativamente.

Nell'Azienda ULSS 18 circa 1 donna su 2 (47%) ha riferito di aver eseguito il test nel corso dell'ultimo anno rispetto a quanto atteso in base alla periodicità triennale dell'esame; esiste pertanto una quota di donne che esegue l'esame con una frequenza maggiore a quanto raccomandato (fenomeno di "sovra copertura").

Tra i tre programmi, lo screening per la diagnosi precoce delle neoplasie dell'utero è quello in cui più rilevanti possono essere le **disuguaglianze** rispetto alla partecipazione all'invito: basso titolo di studio e difficoltà economiche condizionano infatti la copertura al test, minore è la differenza dovuta alla cittadinanza straniera; comunque attenzione va posta nel mantenere iniziative specifiche atte a favorire l'adesione nei diversi gruppi etnici.

Diagnosi precoce della neoplasia della mammella

Il tumore alla mammella rappresenta la neoplasia più frequente nel sesso femminile, in tutte le fasce di età e presenta un'ampia variabilità geografica, con tassi più alti, fino a 10 volte, nei Paesi economicamente più avanzati.

I fattori di rischio sono numerosi, tra questi l'età, infatti il rischio di ammalare di carcinoma della mammella aumenta con l'aumentare dell'età, con una probabilità di sviluppo di cancro al seno del 2,3% fino a 49 anni (1 donna su 43), del 5,4% tra 50 e 69 anni (1 donna su 18) e del 4,5% tra 70 e 84 (1 donna su 22), correlazione probabilmente legata allo stimolo ormonale. La curva di incidenza cresce esponenzialmente sino agli anni della menopausa (50-55 anni) e poi rallenta con un plateau dopo la menopausa, per poi riprendere a salire dopo i 60 anni, questo specifico andamento è legato sia alla storia endocrinologica della donna sia alla presenza ed alla copertura dei programmi di screening mammografico.

Altri fattori di aumentato rischio sono fattori riproduttivi, ormonali (terapia ormonale sostitutiva durante la menopausa, contraccettivi orali), dietetici e metabolici. Difatti, l'elevato consumo di alcool e di grassi animali ed il basso consumo di fibre vegetali sembrerebbero essere associati ad aumentato rischio di carcinoma mammario e stanno assumendo sempre maggiore importanza la dieta e i comportamenti che conducono all'insorgenza di obesità e sindrome metabolica.

L'obesità è un fattore di rischio riconosciuto, probabilmente legato all'eccesso di tessuto adiposo che in postmenopausa rappresenta la principale fonte di sintesi di estrogeni circolanti, con conseguente eccessivo stimolo ormonale sulla ghiandola mammaria. La sindrome metabolica, con obesità addominale, alterato metabolismo glicidico (diabete o prediabete), elevati livelli di lipidi (colesterolo e/o trigliceridi) e ipertensione arteriosa, aumenta il rischio di malattie cardiovascolari ma anche di carcinoma mammario. Allo sviluppo della sindrome contribuiscono in maniera chiara stili di vita basati su scarsa attività fisica e diete ipercaloriche e ricche di grassi e carboidrati semplici, ne consegue che agendo su questi fattori di rischio modificabili attraverso una regolare attività fisica quotidiana abbinata ad una dieta equilibrata, si potrebbe ridurre il rischio di sviluppo di carcinoma mammario.

In Italia si stima si siano diagnosticati, nel 2014, circa 48.000 nuovi casi di carcinomi della mammella femminile, rappresentando circa un tumore maligno ogni tre (29%), e nel 2011 il carcinoma mammario ha rappresentato la prima causa di morte per tumore nelle donne, con 11.959 decessi (ISTAT), al primo posto anche in diverse età della vita, rappresentando il 29% delle cause di morte oncologica prima dei 50 anni, il 23% tra i 50 e i 69 anni e il 16% dopo i 70 anni. Dalla fine degli anni Ottanta si osserva una moderata, ma continua tendenza alla diminuzione della mortalità per carcinoma mammario (meno 1,0%/anno), attribuibile ad una più alta sensibilità dei test e quindi all'anticipazione diagnostica ed anche ai progressi terapeutici.

La sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi, indipendentemente da altre comorbidità, è in moderato e costante aumento da molti anni (78% per le donne ammalate dal 1990 al 1992, 87% dal 2005 al 2007), in relazione a diverse variabili, tra cui l'anticipazione diagnostica (screening) e il miglioramento delle terapie. La buona prognosi a lungo termine della malattia presenta inoltre un andamento costante nel tempo: ad un anno dalla diagnosi la probabilità di sopravvivere altri 5 anni aumenta lievemente, così come quella a 5 anni dalla diagnosi.

Per queste ragioni il Ministero della Salute raccomanda alle donne tra 50 e 69 anni l'esecuzione dello screening di popolazione, tramite l'adesione ad un percorso diagnostico-terapeutico definito e gratuito, ogni due anni, basato su un invito attivo da parte del SSN.

Indipendentemente da questi programmi, la mammografia viene effettuata anche su iniziativa personale della donna, nell'ambito del rapporto con il proprio ginecologo o in altri contesti.

L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), che ha il compito di seguire l'andamento di questi programmi, riporta che nel biennio 2011-2012, rispetto al precedente, le donne invitate ad effettuare una mammografia sono aumentate del 6,3% (da quasi 5 milioni a 5,3 milioni) con una media di adesione all'invito del 56%, per cui sono state esaminate circa 2,9 milioni di donne italiane di 50-69 anni, residenti in aree dove era attivo un programma di screening organizzato. Il numero di carcinomi diagnosticati supera le 13.000 unità, con un tasso di identificazione del circa 4,6 casi ogni 1.000 donne sottoposte a screening. Lo screening mammografico consente interventi meno invasivi e riduce del 25% la mortalità da tumore mammario (beneficio a livello di comunità); a livello individuale, la riduzione di mortalità nelle donne che hanno eseguito lo screening mammografico è intorno al 45% (Progetto IMPATTO, 2008).

L'Azienda ULSS 18 ha avviato il programma di screening mammografico nel 1998, coinvolgendo oltre 12.000 donne di 50-69 anni all'anno.

Il Sistema PASSI rileva, chiedendolo direttamente alle donne tra 50 e 69 anni, se e quando è stata effettuata la mammografia e se è stata eseguita all'interno del programma di *screening organizzato* dalla ASL oppure *su iniziativa personale*. L'adesione al programma di screening organizzato è ricavata con una domanda sul costo sostenuto per l'esecuzione della mammografia. Quindi rientrano nel programma di screening organizzato tutte quelle donne di 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte negli ultimi due anni dalla data di intervista, a mammografia a scopo preventivo, ovvero in assenza di segni e sintomi (come previsto dalle linee guida nazionali e internazionali), con costo a totale carico della ASL.

Quante donne hanno eseguito una mammografia in accordo con le linee guida, nell'Azienda ULSS 18?

Nell'A.ULSS 18 nel periodo 2010-2013, il 78,1% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

In particolare l'effettuazione della mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:

- nella fascia 60-69 anni,
- coniugate,
- con laurea o diploma universitario,
- senza difficoltà economiche,
- con cittadinanza italiana.

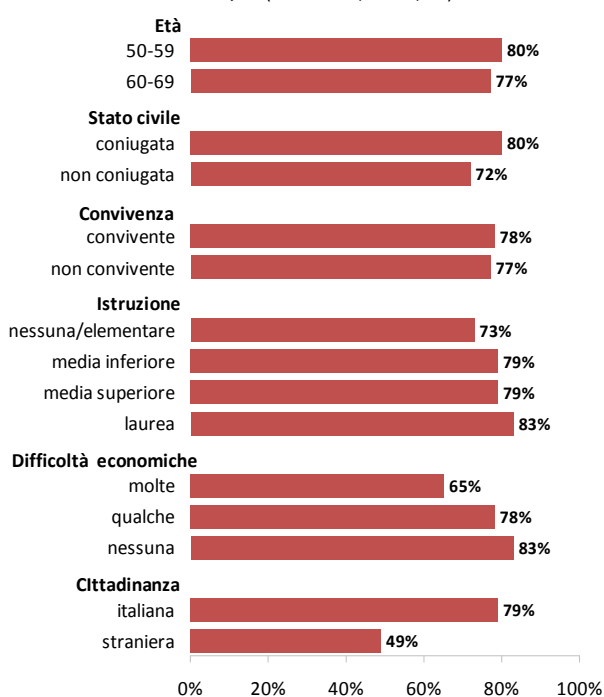
L'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere di 44,4 anni.

Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 63,2% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva almeno una volta nella vita (era il 71% nel 2008-11), con un'età media di 39,5 anni.

Mammografia eseguita negli ultimi due anni Donne 50-69 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ULSS 18 – Anni 2010-13

Totale: 78,1% (IC 95%: 72,6%-83,6%)



Quante donne di 50-69 anni hanno eseguito la mammografia nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

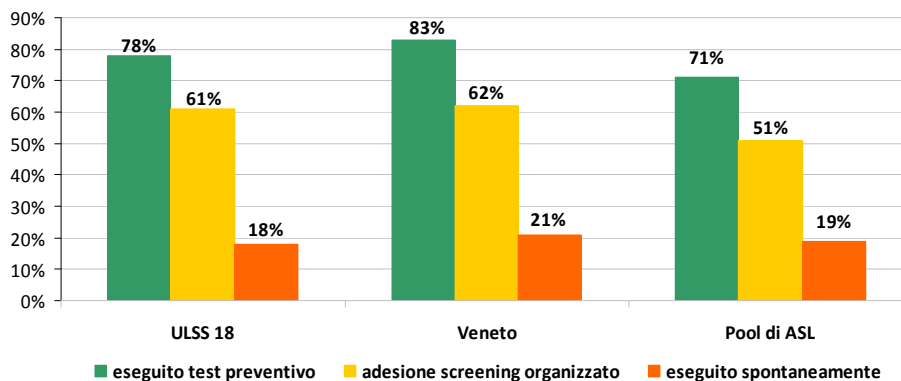
Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL ed un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata, rimane presente anche una quota di *screening spontaneo*, caratterizzato da un intervento a livello individuale su iniziativa spontanea o su consiglio medico. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore

proxy sull'aver pagato o meno l'esame. La mammografia a scopo preventivo viene effettuata in gran parte nell'ambito dei programmi organizzati.

Nel territorio dell'A.ULSS 18, tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 60,5% riferisce di aver eseguito la mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 17,7% l'ha eseguita come prevenzione individuale (tali valori erano nel 2008-10 il 56,8% ed il 22,2% rispettivamente).

L'età media della prima mammografia preventiva è di 44,5 anni nella fascia di età 50-69 anni, mentre è di 39,5 anni nel 63,2% delle donne tra i 40 e 49 anni (in fascia pre-screening).

**Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni
all'interno o al di fuori di un programma organizzato**
ULSS 18, Veneto, Pool di ASL – Anni 2010-13

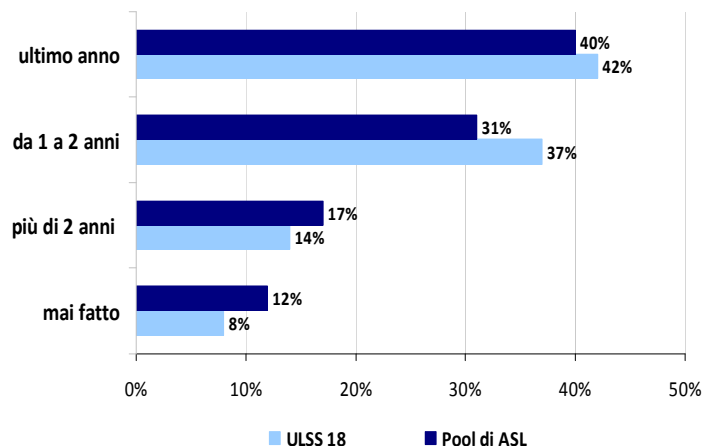


Qual è la periodicità di esecuzione della mammografia?

L'esecuzione della mammografia è raccomandata dalle linee guida con periodicità biennale.

Nel territorio dell'A.ULSS 18, il 78,1% delle donne 50-69enni si è sottoposta a screening mammografico nei due anni precedenti l'intervista; di queste il 36,6% l'ha effettuato tra 1 e 2 anni prima ed il 41,5% negli ultimi 12 mesi, quindi più frequentemente di quanto atteso, vista la cadenza biennale raccomandata.

Periodicità di esecuzione della mammografia
ULSS 18 – Anni 2010-13



Il 7,7% delle intervistate ha riferito, infine, di non aver mai eseguito una mammografia preventiva. Questa percentuale sommata a quella delle donne che hanno eseguito la mammografia più di 2 anni prima dell'intervista (14,2%) porta al 21,9% le donne di 50-69 anni che non sono coperte per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella.

La non esecuzione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la "non corretta percezione del rischio" sembra giocare il ruolo principale, infatti, il 9,6% riferisce di "non aver avuto tempo", il 14,4% ritiene di "non averne bisogno" ed il 17,2 non l'ha eseguita "per pigrizia".

Quale promozione e quale efficacia degli interventi nell'esecuzione della mammografia?

Nel territorio dell'A.ULSS 18:

- il 95,5% delle donne ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL,
- il 91,4% ha riferito di aver visto o sentito la campagna informativa,
- il 79,3% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un medico o operatore sanitario.

Solo l'1,3% delle donne non ha ricevuto alcuna informazione.

Il 73,0% delle donne è stato raggiunto dai 3 interventi di promozione della mammografia, il 21,5% da 2 interventi ed il 4,1% da uno solo.

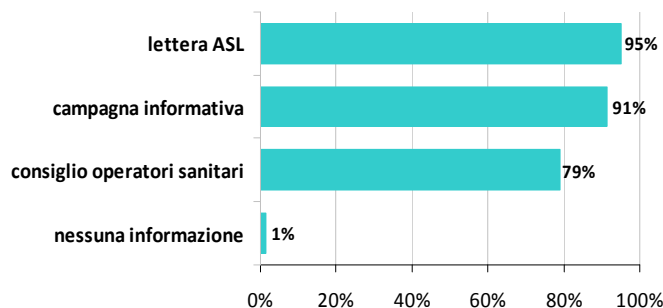
Al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta la percentuale di adesione allo screening, secondo gli intervalli raccomandati:

- con 1 intervento è del 49,9%,
- con 2 interventi del 72,4%,
- con 3 interventi dell'82,7%.

Promozione degli interventi

Donne 50-69 anni

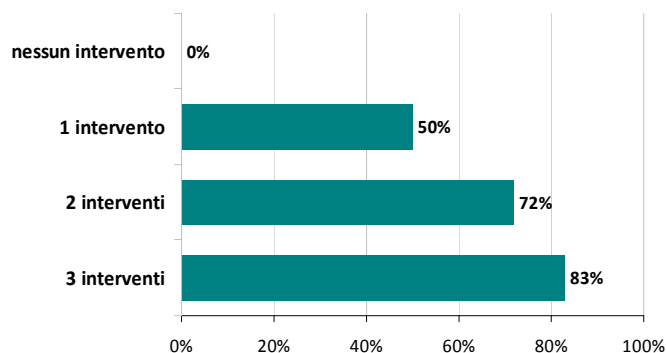
ULSS 18 – Anni 2010-13



Efficacia degli interventi

Donne 50-69 anni

ULSS 18 – Anni 2010-13



Mammografia eseguita negli ultimi due anni

Prevalenze per Regione - Pool di ASL 2010-13

Pool di ASL: 70,7% (IC95%: 70,0-71,4%)



In Lombardia non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

Regione Veneto e Pool ASL PASSI

In **Veneto** circa l'83% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni, mentre nel **Pool di ASL PASSI** tale percentuale scende al 71%.

Il gradiente Nord-Sud della copertura è a sfavore delle Regioni meridionali: l'81% fra le donne al Nord (Emilia-Romagna 86%) e il 77% al Centro, solo del 54% nel Sud e nelle Isole (in Campania la prevalenza più bassa, 46%).

Fare una mammografia preventiva è significativamente più frequente nelle donne più giovani (50-59 anni, 73%), in quelle coniugate o conviventi (72% e 73%), fra le più istruite (77%), fra le donne senza difficoltà economiche (78%) e tra le italiane rispetto alle straniere (71% vs 62%). L'analisi multivariata conferma l'associazione con l'età, la convivenza, il livello di istruzione, lo status economico e la cittadinanza.

L'età media della prima mammografia è 44 anni e il ricorso all'esame è frequente anche prima dei 50 anni, tra 40-49 anni, infatti, il 63% delle donne ha dichiarato di aver effettuato almeno una volta nella vita la mammografia a scopo preventivo.

Conclusioni

Nel territorio dell'Azienda ULSS 18 il programma di screening mammografico organizzato è iniziato nel 1998, è quindi ormai consolidato ed i tassi di adesione, forniti dall'Osservatorio Nazionale Screening, sono aumentati progressivamente negli anni.

Dai dati del Sistema di Sorveglianza PASSI rilevati nelle donne di 50-69 anni residenti nel territorio dell'Azienda ULSS 18, nel periodo 2010-2013, il 78% ha eseguito la mammografia nei tempi raccomandati dalle linee guida, quindi circa 8 donne su 10 aderiscono al programma, testimoniando la fiducia della popolazione nei programmi di sanità pubblica.

Questi programmi favoriscono una maggior adesione della popolazione target: circa 6 donne su 10 aderiscono ai programmi organizzati, mentre 2 su 10 fanno prevenzione su iniziativa personale.

In questo programma di screening le **disuguaglianze** rispetto alla partecipazione sono legate in particolare al grado di istruzione, alle difficoltà economiche e soprattutto alla cittadinanza (italiani 79% vs straniera 49%), pertanto una particolare attenzione va posta nel mantenere iniziative specifiche atte a favorire l'adesione nei diversi gruppi etnici.

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening) sono gli strumenti più efficaci: nelle donne raggiunte da questi interventi la percentuale di esecuzione dell'esame cresce significativamente.

La mammografia è spesso praticata già prima dei 50 anni, età per cui il rapporto tra benefici e rischi è apparentemente minore e aumentano i costi per anno di vita salvata. È proprio per questi motivi, del resto, che le attuali raccomandazioni prevedono che le ASL offrano lo screening prima dei 50 anni, ma solo dopo aver raggiunto una protezione ottimale per le donne tra 50 e 69.

Rispetto alla diagnosi precoce del cancro del seno, nel nostro Paese c'è un grande dibattito su due questioni rilevanti:

- l'età a cui iniziare lo screening,
- se sia più conveniente l'offerta della mammografia ogni due anni a tutte le donne tra 50 e 69 anni, oppure un approccio personalizzato che possa includere molteplici esami (per esempio, l'ecografia), in base alle esigenze della donna.

Diagnosi precoce della neoplasia del colon-retto

Il carcinoma del colon-retto è in assoluto il tumore a maggiore insorgenza nella popolazione italiana, con quasi 52.000 diagnosi stimate per il 2014. Tra gli uomini si trova al 3° posto, preceduto da prostata e polmone (14% di tutti i nuovi tumori), tra le donne al 2° posto, preceduto dalla mammella, con 13%. Nella classifica dei tumori più frequenti per gruppi di età il carcinoma del colon-retto occupa sempre posizioni elevate, variando nelle diverse età tra l'8% e il 14% negli uomini e tra il 5% e il 17% nelle donne.

Anche se circa l'80% dei carcinomi del colon-retto insorge a partire da lesioni precancerose, gli stili di vita e la familiarità sono da tempo chiamati in causa quali fattori di aumento del rischio di incidenza di queste lesioni. Tra i primi spiccano fattori dietetici quali il consumo di carni rosse e di insaccati, farine e zuccheri raffinati, il sovrappeso e la ridotta attività fisica, il fumo e l'eccesso di alcool. Una protezione, oltre al controllo dei citati fattori di rischio, è conferita dal consumo di frutta e verdure, carboidrati non raffinati, vitamina D e calcio.

La diffusione dei fattori di rischio, l'anticipazione diagnostica e l'aumento dell'età media della popolazione sono alla base della progressiva crescita dell'incidenza di questo tumore negli ultimi decenni. Il trend temporale per gli uomini è passato da un andamento in lieve crescita (+1% l'anno) tra la metà degli anni '90 e l'inizio degli anni 2000, ad un marcato incremento tra il 2004 e il 2007, con successiva riduzione, effetti potenzialmente associati all'attivazione dei programmi di screening organizzati. Tra le donne l'aumento (+0,6%/anno) appare omogeneo per tutto il periodo esaminato. I confronti geografici nazionali mostrano un gradiente, che si sta tuttavia attenuando, dal Nord-Centro verso il Sud sia nei maschi (Sud -23% rispetto al Nord) che nelle femmine (Sud -20%), anch'esso coerente con la diversa presenza dei fattori precedentemente indicati.

Nel 2011 sono stati osservati 19.077 decessi per carcinoma del colon-retto (ISTAT) (di cui il 54% negli uomini) neoplasia al 2° posto nella mortalità per tumore (10% nei maschi, 12% nelle femmine) e tra il 2° e 3° posto nelle varie età della vita. La mortalità per questa patologia è in moderato calo sia per i maschi (-0,4%/anno), che per le femmine (-0,7%); si è inoltre ridotto il gradiente Nord-Centro-Sud.

Il programma di screening del colon-retto è indirizzato a uomini e donne asintomatici dai 50 ai 69 anni di età ed è costituito da un intervento di prevenzione attiva, con ripetizione regolare ogni 2 anni, mediante il test di ricerca di sangue occulto nelle feci (SOF) o la rettosigmoidoscopia/colonscopia. Per quest'ultimo esame, la cadenza consigliabile non è definibile in modo univoco: in alcune categorie a maggior rischio, l'intervallo minimo suggerito è di cinque anni.

Lo screening è in grado di diagnosticare più del 50% dei tumori negli stadi più precoci, consentendo la rimozione di precursori (adenomi) prima della trasformazione in carcinoma e la diagnosi di carcinomi in stadio iniziale, con una conseguente riduzione della mortalità sia per riduzione dell'incidenza che per il riscontro di carcinomi in stadi più iniziali, e quindi suscettibili di guarigione dopo terapia. Per quanto riguarda i programmi di screening regionali, nel solo 2012 gli invitati sono stati più di quattro milioni, con un'adesione del 47%. Permangono marcate differenze di estensione tra Nord e Sud Italia.

Per questa ragione, in Italia, il Ministero della Salute raccomanda, nel Piano Nazionale della Prevenzione, alle ASL di organizzare programmi di screening di popolazione.

L'Osservatorio Nazionale Screening stima che nel 2013 siano stati invitati oltre 4,3 milioni di persone con un'adesione del 44%, con un progressivo aumento negli anni delle persone che si sono sottoposte al test. Nel biennio 2011-2012 circa 3 milioni di persone si sono sottoposte al test con un'adesione corretta del 45%, il 4,5% di test positivi, l'80% di persone che hanno aderito all'approfondimento e sono stati individuati oltre 5.300 carcinomi (1,5‰) e 29.000 adenomi avanzati (8,3‰).

Il Sistema PASSI chiede direttamente alle persone di 50-69 anni se e quando hanno effettuato un test di screening colo-rettale (SOF e/o colonscopia/rettosigmoidoscopia) e se è stato eseguito all'interno del programma di screening organizzato dall'A.ULSS oppure su iniziativa personale: rientrano nel programma di *screening organizzato* coloro di 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte ai test a scopo preventivo, ovvero in assenza di segni e sintomi, nei tempi raccomandati, con costo a totale carico della ASL, mentre le persone che hanno sostenuto l'intero costo o il costo del ticket, rientrano in programmi di *prevenzione individuale*.

Dal 2010 la sezione dedicata allo screening colo-rettale nel questionario PASSI è stata integrata con alcune domande, pertanto il confronto con gli anni precedenti potrebbe risentirne. Per questa ragione vengono fornite per i principali indicatori stime di biennio 2010-2011.

L'Azienda ULSS 18 ha attivato il programma di screening colo-rettale nel 2007, con il coinvolgimento annuale di oltre 48.000 persone nella fascia di età 50-69 anni.

Nell'Azienda ULSS 18 quante persone hanno eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori colo-rettali, in accordo alle linee guida?

Nell'Azienda ULSS 18 nel 2010-2013, il 76,5% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver aderito allo screening, effettuando un esame per la diagnosi precoce dei tumori colo-rettali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni). Nel quadriennio 2008-2011, la percentuale era stata del 63,4%.

Il 72,7% ha dichiarato di aver aderito allo screening organizzato, mentre solo il 3,6% ha eseguito i test spontaneamente.

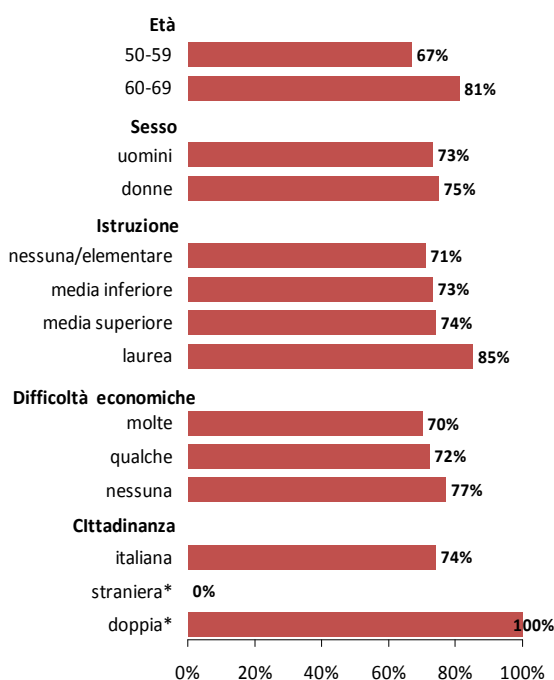
Il 73,6% (era il 59,6% nel 2008-13) ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto nelle feci (SOF) negli ultimi due anni, con una adesione più elevata nella classe 60-69 anni, nelle donne, nelle persone con laurea/diploma universitario e nelle persone senza difficoltà economiche. E' da rilevare un progressivo importante aumento dell'adesione dal 2010 (69,7%) al 2013 (81%).

Per quanto riguarda l'esecuzione di una colonscopia a scopo preventivo, il 13,0% delle persone ha dichiarato di averla eseguita negli ultimi 5 anni (era il 7,3% nel 2008-2013); l'adesione è risultata più elevata nella classe 60-69 anni, negli uomini, nelle persone con alto livello di istruzione, nelle persone con riferite molte difficoltà economiche.

Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni Persone 50-69 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ULSS 18 - Anni 2010-13

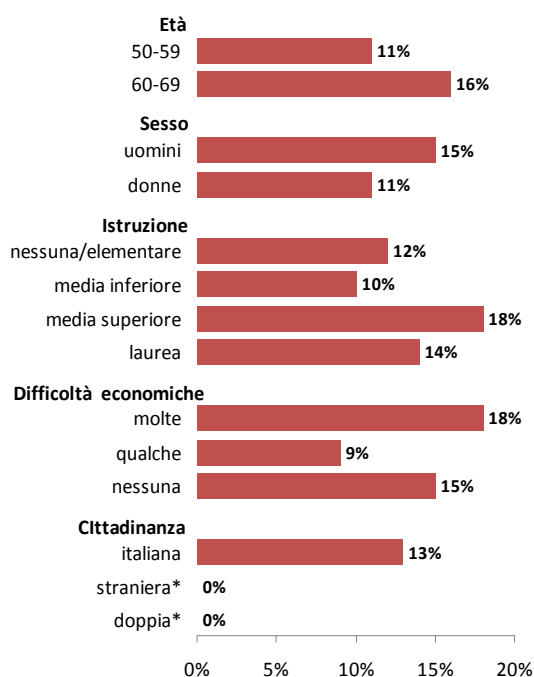
Totale: 73,6% (IC 95%: 69,5%-77,7%)



Colonscopia negli ultimi cinque anni Persone 50-69 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ULSS 18 - Anni 2010-13

Totale: 13,0% (IC 95%: 9,8%-16,1%)



* il dato è falsato dalla bassissima numerosità delle persone straniere e con doppia cittadinanza

Qual è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colon-rettali?

Per quanto riguarda la periodicità dello screening con il test per la *ricerca di sangue occulto nelle feci*:

- il 46,2% delle persone ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno,
- il 27,4% da 1 a 2 anni prima dell'intervista,
- il 4,9% da più di 2 anni.

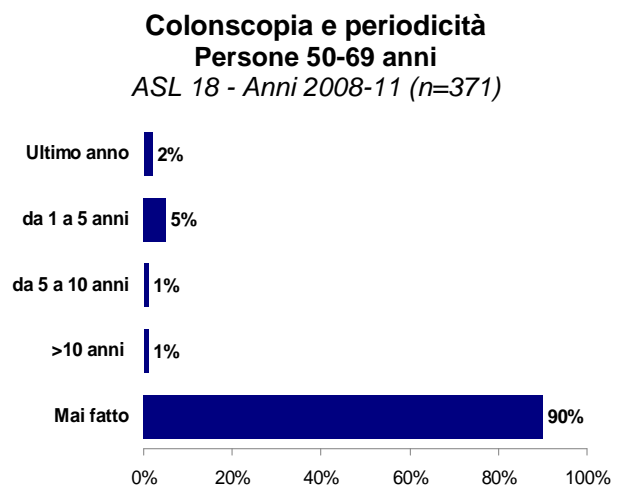
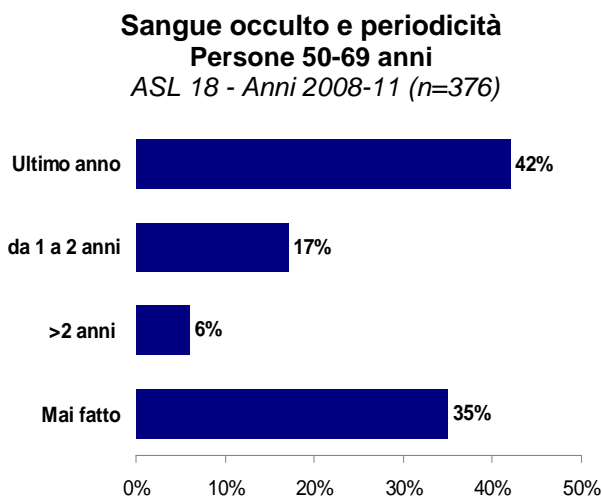
Il 21,5% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo (era 34,6% nel 2008-2011). Questa percentuale sommata a quella di chi ha effettuato la ricerca SOF da più di 2 anni porta al 26,4% le persone di 50-69 anni che non sono coperte per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del colon-retto.

La non esecuzione dell'esame è associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la "non corretta percezione del rischio" sembra giocare il ruolo principale, infatti, il 19% riferisce di "non aver avuto tempo", il 10% ritiene di "non averne bisogno", il 14,2% non l'ha eseguita "per pigrizia" e il 5% perché "nessuno l'ha consigliato".

Tali motivi possono riflettere la sottovalutazione del rischio di cancro colon-rettale, la mancanza di conoscenze sulla diagnosi precoce e, infine, un'insufficiente opera di orientamento da parte degli operatori sanitari.

Relativamente all'ultima *colonscopia/rettosigmoidoscopia* eseguita il 4,4% degli intervistati ha riferito di averla effettuata nell'ultimo anno, l'8,6% da 1 a 5 anni, l'1,5% da 5 a 10 anni, il 2,2% da più di dieci anni.

L'83,3% ha riferito di non aver mai eseguito il test (era il 90,3% nel 2008-11).



Quale promozione e quale efficacia degli interventi nell'effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci?

Nel territorio dell'A.ULSS 18 le persone intervistate di 50-69 anni hanno riferito:

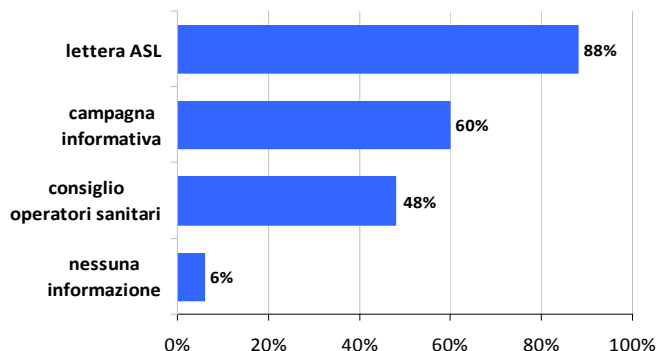
- l'88,2% di aver ricevuto una lettera di invito dalla ASL,
- il 59,7% di aver visto o sentito una campagna informativa,
- il 48,0% di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening colo-rettale.
- il 5,6% di non aver ricevuto alcun tipo di intervento informativo.

Il 28,9% (era il 17% nel 2010-11) degli intervistati di 50-69 anni è stato raggiunto da 3 interventi di promozione dello screening colo-rettale, il 43,3% da 2 interventi ed il 22,1% da un solo intervento.

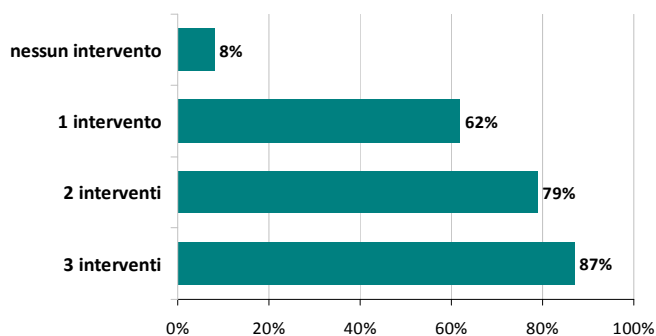
Al crescere del numero degli interventi recepiti aumenta l'efficacia degli stessi, infatti l'adesione è stata:

- con nessun intervento dell'8,3%,
- con 1 intervento del 62,4%,
- con 2 interventi del 79,0%,
- con 3 interventi dell'86,9%.

Promozione degli interventi
Persone 50-69 anni
 ULSS 18 - Anni 2010-13

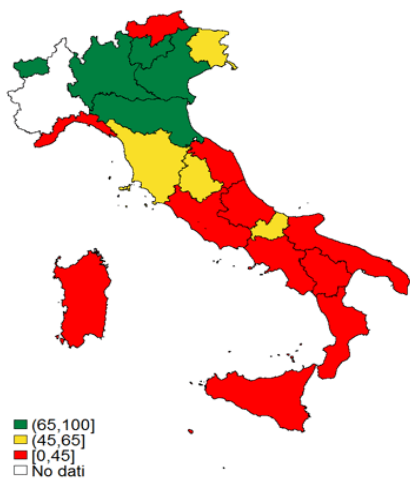


Efficacia degli interventi
Persone 50-69 anni
 ULSS 18 - Anni 2010-13



Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni Persone 50-69 anni

Prevalenze per Regione - Pool di ASL 2010-13



* In Lombardia non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione.

N.B. Le ASL piemontesi sono escluse dalle stime relative al Pool e al Nord a causa della non confrontabilità dei programmi di screening adottati.

Regione Veneto e Pool ASL PASSI

A livello di **Pool di ASL nazionale** risulta ancora piuttosto bassa la copertura dello screening colon rettale: nel 2010-2013, il 39% degli intervistati di 50-69 anni riferisce di aver eseguito uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colon-rettali a scopo preventivo, in accordo con le raccomandazioni.

In **Veneto** il 59% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni ed il 16% di aver eseguito una colonscopia o rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni, a scopo preventivo, mentre nel **Pool di ASL PASSI**, sono rispettivamente il 33% e il 13%.

La percentuale di chi ha eseguito il test SOF è più alta al Nord (55%, Emilia-Romagna 65%), significativamente più bassa al Centro (34%) e, ancor di più, nel Sud e Isole (11%, Puglia 7%). Si sottopongono più frequentemente i 60-69enni (36%), le persone senza difficoltà economiche (42%), gli italiani rispetto agli stranieri (33% vs 29%).

Il 67% delle persone 50-69enni non ha tuttavia praticato una prevenzione ottimale perché non ha mai eseguito il *test della ricerca del SOF* (60%) o perché l'ha eseguito da più di 2 anni (7%).

I motivi più frequenti sono "penso di non averne bisogno" (40%) e "nessuno me lo ha consigliato" (30%) che potrebbero essere interpretati come una errata percezione del rischio, sia da parte degli intervistati che da parte degli operatori sanitari.

L'adesione allo screening colorettaile avviene nella quasi totalità dei casi (87%) nell'ambito di programmi organizzati e scarsamente su iniziativa personale. L'evoluzione temporale, nel quadriennio 2010-2013, evidenzia un andamento in crescita della copertura della ricerca del SOF effettuato secondo le linee guida nelle tre macroaree italiane (Nord, Centro, Sud e Isole): a livello nazionale la crescita è in aumento significativo, così come nel Nord e nel Centro Italia.

La *colonscopia/rettosigmoidoscopia* è un esame secondario alla ricerca di sangue occulto nelle feci, ovvero un esame che completa la procedura diagnostica iniziata con la ricerca del sangue occulto, pertanto non costituisce di per sé un indicatore di adesione al programma di screening. Il 13% degli intervistati di 50-69 anni di età riferisce di aver effettuato una colonscopia o rettosigmoidoscopia a scopo preventivo nei 5 anni precedenti l'intervista: questa percentuale è più alta al Nord (15%) e al Centro (14%), mentre è significativamente più bassa al Sud (9%); è più frequente nei 60-69enni (14%), negli uomini (14%), nelle persone senza difficoltà economiche (14%) e tra gli italiani. Quasi la metà delle persone (46%) che hanno eseguito quest'esame, nei cinque anni precedenti l'intervista, lo ha fatto nell'ambito di programmi organizzati, il 45% dichiara di aver pagato il ticket, mentre il 9% ha sostenuto l'intero costo dell'esame.

Nel 2010-2013 il 57% degli intervistati 50-69enni è stato raggiunto da almeno un intervento di promozione dello screening colorettaile. L'efficacia della promozione dello screening cresce all'aumentare del numero di input ricevuti (lettera della ASL, consiglio, campagna informativa), infatti il 73% degli intervistati 50-69enni che ha ricevuto la lettera di invito associata al consiglio di un operatore sanitario si è sottoposto a screening, contro il 3% di quelli non raggiunti da alcun intervento.

Conclusioni

Nel territorio dell'Azienda ULSS 18, l'offerta dello screening del cancro del colon-retto è stata attivata nel 2007 e nel 2012 si è raggiunto un tasso di adesione del 67% nella popolazione target 50-69 anni.

Secondo i dati rilevati dal Sistema PASSI l'adesione è stata, nel quadriennio 2010-2013, di oltre il 76%: ciò vuol dire che circa 3 persone su 4 hanno eseguito i test per la diagnosi precoce nei tempi raccomandati dalle linee guida.

Esiste, comunque, un margine di miglioramento: circa il 24% delle persone non si è sottoposta alla ricerca del sangue occulto o ad una colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati e analizzando le motivazioni si evince una sottovalutazione del rischio per scarsa informazione.

L'adesione allo screening tramite il test di ricerca del sangue occulto avviene nel 73% dei casi nell'ambito dei programmi organizzati. Resta però una quota piuttosto alta di persone non coperte (non effettuazione del test e effettuato più di 2 anni prima dell'intervista) pari a circa il 26%, circa 1 su 4, su cui si dovrebbe intervenire.

Per quanto riguarda l'altro esame di screening per la diagnosi precoce, la colonscopia/rettosigmoidoscopia, l'87% delle persone di età 50-69 anni riferisce di non averla eseguita o averla eseguita da più di 5 anni prima dell'intervista.

L'intervento dei tre tipi di promozione aumenta significativamente la partecipazione al programma, in particolare la lettera di invito in associazione al consiglio dell'operatore sanitario si conferma lo strumento più efficace per favorire l'adesione della popolazione target.

I dati di letteratura forniscono l'evidenza che offerte attive di prestazioni sanitarie migliorano l'accesso delle persone con svantaggi socio-economici ai servizi di prevenzione.

Gli **screening oncologici** rientrano nel macro-obiettivo "Riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT)" del Piano Nazionale della Prevenzione e nel PRP 2014-2018. La Regione Veneto ha programmato una serie di azioni con l'obiettivo di:

1. aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target per ognuno dei 3 tumori in causa (tumori di cervice, mammella e colon-retto), mantenendo l'adesione ed estendendo i programmi;
2. aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening, estendendo l'utilizzo del test per la ricerca del sangue occulto nelle feci a tutti i programmi di screening coloretali della Regione e l'offerta al 100% della popolazione residente 50-69enne;
3. riorientare e avviare programmi di screening per il cancro della cervice introducendo il test per la ricerca dell'HPV come test primario;
4. identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella.